



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

TÍTOL “Eficacia relativa y diferencial de una intervención combinada versus farmacológica para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia”

Realitzada per Laura Amado Luz

en la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna

i en el Departament de Psicologia

Dirigida per Sonia Jarque Fernández y José Miguel Sunyer Martín

A mi familia

Agradecimientos

Creo firmemente que *uno sólo puede dar lo que de otros ha recibido* y por ello, en estos momentos siento un profundo agradecimiento por lo que otros me han enseñado, acompañado, confiado, facilitado, compartido, revisado y alentado a lo largo de este proyecto que hoy termino.

A mis padres, Pepe y M^a Luisa, que me han enseñado el valor del esfuerzo y del trabajo bien hecho, ejemplos para mí de fortaleza y humildad. A Jose y Ana, mis hermanos, a los que admiro por su capacidad de superación y alegría. Con vuestro ejemplo, espero saber responder cuando más me necesitéis. A mi marido, David, que ha sabido acompañarme de la manera que más necesitaba en cada momento. Tu confianza en mí me ha alentado durante los momentos más difíciles. Ya puedes decir que *hemos* terminado la tesis, pues si esto es posible es gracias a ti. A nuestros hijos, Martí y Maria, que dan sentido a mi vida y que durante este tiempo han sabido esperar el momento para disfrutar de mami. A Isabel y Helios por sus cuidados y apoyo incondicional.

A la Dra. Sonia Jarque, directora de esta investigación, que me ha acompañado con exigencia, responsabilidad y afecto. Su capacidad de trabajo, entusiasmo y disposición, siempre presentes, han favorecido poder llegar a este final de trayecto superando algunas etapas difíciles. Al Dr. José Miguel Sunyer, por dirigir este proyecto y motivarme para realizar el Máster en Psicoterapia Analítica Grupal que coordina en Barcelona. Ha supuesto para mí una experiencia de crecimiento desde el punto de vista profesional y por encima de todo desde el punto de vista humano.

A la Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, que facilitó la adaptación de mis estudios de doctorado cursados en la Universitat de València y la realización de la tesis doctoral que ahora finalizo. Concretamente quisiera agradecer de forma personal a Xavier Pujadas y a Mercè Rodon la responsabilidad con la que trabajan, por servirme de soporte en algunos momentos difíciles al final del camino.

A mis compañeros de la Universitat Abat Oliba-CEU, especialmente a Martín, Enrique, Maite, Isabel, Montse, Joan Andreu y Joan D'Avila, por su confianza y amistad; en los que me he podido apoyar en los momentos que más he necesitado.

A las familias, profesores y niños que con tanto entusiasmo y confianza participaron en este proyecto y que me motivan a seguir aprendiendo.

A todos y cada uno de vosotros os agradezco que este trabajo haya supuesto para mí una experiencia única de crecimiento personal.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

Introducción	17
CAPÍTULO 1. Marco teórico general de referencia para el estudio del desarrollo. Implicaciones para el abordaje terapéutico del TDAH	
1.1. Influencias de las perspectivas socio-culturales, ecológicas, neuro-constructivistas y del ciclo vital en nuestra concepción del desarrollo humano.....	27
1.2. Factores terapéuticos de la terapia grupal.....	31
1.3. Enfoques de los programas de entrenamiento para niños con trastornos de comportamiento.....	38
CAPÍTULO 2. Avances en el conocimiento sobre el TDAH	
2.1. Evolución histórica del TDAH.....	47
2.2. Etiología.....	60
2.2.1. Factores etiológicos del TDAH.....	61
2.2.2. Modelos etiológicos para el TDAH.....	68
2.3. Epidemiología.....	78
2.4. Manifestaciones del TDAH a lo largo del ciclo vital.....	82
2.5. Trastornos asociados al TDAH.....	95
CAPÍTULO 3. Actualización en el tratamiento del TDAH	
3.1. Intervención psicosocial	113
3.1.1. Técnicas o componentes de las intervenciones psicosociales.....	113
3.1.2. Eficacia de las intervenciones psicosociales en los contextos naturales del niño con TDAH	124
3.2. Intervención farmacológica.....	153
3.2.1. Psicoestimulantes.....	153
3.2.2. Fármacos no estimulantes.....	157
3.3. Intervención multimodal o combinada.....	162
3.4. Tratamientos complementarios.....	173
3.5. Predictores de respuesta al tratamiento.....	188

SEGUNDA PARTE: TRABAJO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4. Presentación del trabajo empírico

4.1. Justificación.....	201
4.2. Objetivos de la investigación.....	204
4.3. Método.....	209
4.3.1. Descripción de la muestra.....	209
4.3.2. Instrumentos de evaluación.....	213
4.3.3. Procedimiento.....	219
4.4. Programas de Intervención.....	222
4.4.1. Intervención farmacológica.....	224
4.4.2. Programa de intervención para maestros de niños con TDAH.....	225
4.4.3. Programa de intervención para padres y madres de niños con TDAH.....	236

CAPÍTULO 5. Resultados

5.1. Análisis de los resultados obtenidos en el contexto escolar.....	252
5.1.1. Nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre el TDAH en el grupo de intervención farmacológica.....	252
5.1.2. Nivel de autoeficacia percibida de los maestros del grupo de intervención farmacológica.....	255
5.1.3. Sintomatología de TDAH de acuerdo con las estimaciones de los maestros del grupo de intervención farmacológica.....	255
5.1.4. Rendimiento académico de los niños del grupo de intervención farmacológica.....	237
5.1.5. Clima escolar percibido por los maestros del grupo de intervención farmacológica.....	258

5.1.6. Nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas sobre TDAH de los maestros del grupo de intervención combinado.....	259
5.1.7. Análisis del nivel de autoeficacia percibida de los maestros del grupo de intervención combinado.....	262
5.1.8. Análisis de la sintomatología de TDAH de acuerdo con las estimaciones de los maestros del grupo combinado.....	262
5.1.9. Análisis del rendimiento académico de los niños estimada por los maestros del grupo combinado.....	264
5.1.10. Análisis del clima escolar percibido por los maestros del grupo combinado.....	365
5.1.11. Nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre el TDAH del grupo de intervención farmacológica versus combinada.....	267
5.1.12. Análisis comparativo del nivel de autoeficacia percibida de los maestros del grupo de intervención farmacológica versus combinada.....	270
5.1.13. Análisis comparativo de la sintomatología de TDAH de acuerdo con las estimaciones de los maestros del grupo de intervención farmacológica versus combinada.....	271
5.1.14. Análisis comparativo del rendimiento académico estimado por los maestros del grupo de intervención farmacológica versus combinada.....	272
5.1.15. Análisis comparativo del clima escolar percibido por los maestros del grupo de intervención farmacológico versus combinado.....	274
5.2. Análisis de los resultados obtenidos en el contexto familiar.....	277
5.2.1. Clima familiar percibido por los padres y madres de los niños del grupo de intervención farmacológica.....	277

5.2.2. Sintomatología central de TDAH estimada por los padres y madres del grupo de intervención farmacológica.....	278
5.2.3. Clima familiar percibido por los padres y madres del grupo de intervención combinada.	279
5.2.4. Sintomatología central de TDAH estimada por los padres y madres del grupo de intervención combinada.....	281
5.2.5. Análisis comparativo del clima familiar percibido por los padres y madres del grupo de intervención farmacológica versus combinada.....	323
5.2.6. Análisis comparativo de la sintomatología de TDAH de acuerdo con las estimaciones de los padres y madres del grupo de intervención farmacológica versus combinada.....	285
 CAPÍTULO 6. Conclusiones	
6.1. Conclusiones relativas al contexto escolar.....	289
6.2. Conclusiones relativas al contexto familiar.....	303
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 317
 ANEXOS	
Anexo 1. Instrumentos de evaluación.....	359
Anexo 2. Programa de intervención para maestros de niños con TDAH.....	371
Anexo 3. Programa de intervención para padres y madres de niños con TDAH.....	421

INDICE DE CUADROS, TABLAS y GRÁFICOS



CUADROS

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000).....	54
Cuadro 2. Objetivos de la investigación.....	208
Cuadro 3. Distribución cronológica de los núcleos de la intervención desarrollada con los padres y con los profesores.....	223
Cuadro 4. Estructura y desarrollo del programa de profesores.....	226
Cuadro 5. Estructura y desarrollo del programa para padres y madres.....	236

TABLAS

Tabla 1. Frecuencia de los trastornos comórbidos asociados al TDAH.....	96
Tabla 2. Porcentaje de estudios dirigidos a analizar la eficacia de las distintas modalidades de tratamiento para el TDAH en tres períodos distintos.....	202
Tabla 3. Porcentaje de estudios dirigidos a analizar la eficacia de los tratamientos farmacológicos, psicosociales y alternativos para el TDAH, en los períodos 1994-2000 y 2001-2011.....	202
Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra de niños con TDAH....	211
Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra de padres y madres....	212
Tabla 6. Características sociodemográficas de la muestra de profesores.....	212
Tabla 7. Porcentajes medios de aciertos y comparaciones intragrupo de los maestros.....	253
Tabla 8. Porcentajes medios de errores y comparaciones intragrupo de los maestros.....	254
Tabla 9. Porcentajes medios de lagunas y comparaciones intragrupo de los maestros.....	254
Tabla 10. Comparación intragrupo de la autoeficacia percibida por los maestros del grupo farmacológico.	255

Tabla 11. Comparación intragrupo de la percepción de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros del grupo farmacológico	255
Tabla 12. Porcentaje de mejora estimada por los profesores del grupo farmacológico en la sintomatología TDAH de cada uno de los niños según la escala DSM-IV-TR (APA, 2000).....	256
Tabla 13. Comparación intragrupo del rendimiento académico de los alumnos con TDAH del grupo farmacológico	257
Tabla 14. Comparación intragrupo del rendimiento académico de los alumnos por áreas instrumentales del grupo farmacológico	258
Tabla 15. Comparación intragrupo del Clima Escolar del grupo farmacológico..	258
Tabla 16. Porcentajes medios de aciertos y comparaciones intragrupo de los maestros del grupo farmacológico.....	260
Tabla 17. Porcentajes medios de errores y comparaciones intragrupo de los maestros del grupo farmacológico	261
Tabla 18. Porcentajes medios de lagunas y comparaciones intragrupo de los maestros del grupo farmacológico	261
Tabla 19. Comparación intragrupo de la autoeficacia percibida por los maestros del grupo combinado.....	262
Tabla 20. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros del grupo farmacológico	263
Tabla 21. Porcentaje de mejora estimada por los profesores del grupo combinado en la sintomatología TDAH de cada uno de los niños según la escala DSM-IV-TR (2000).....	264
Tabla 22. Comparación intragrupo del rendimiento académico de los alumnos con TDAH del grupo combinado.....	264
Tabla 23. Comparación intragrupo del rendimiento académico por áreas instrumentales de los alumnos del grupo farmacológico	265
Tabla 24. Comparación intragrupo del Clima Escolar del grupo combinado.....	267
Tabla 25. Porcentajes medios de aciertos y comparaciones entregupos de intervención farmacológico y combinado de los maestros en la fase pretratamiento.....	268
Tabla 26. Porcentajes medios de errores y comparaciones entregupo de intervención farmacológico y combinado de los maestros en la fase pretratamiento.....	268

Tabla 27. Porcentajes medios de lagunas y comparaciones entregrupo de intervención farmacológico y combinado de los maestros en la fase pretratamiento.....	269
Tabla 28. Porcentajes medios de aciertos y comparaciones entregrupos farmacológico y combinado de maestros en la fase postratamiento.....	269
Tabla 29. Porcentajes medios de errores y comparaciones entregrupos farmacológico y combinado de los maestros en la fase postratamiento.....	270
Tabla 30. Porcentajes medios de lagunas y comparaciones entregrupo de los maestros en la fase postratamiento.....	270
Tabla 31. Comparación entre grupos de la autoeficacia percibida por los maestros en la fase pretratamiento y postratamiento.....	271
Tabla 32. Comparación entre grupos de la percepción de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros en la fase pretratamiento.....	272
Tabla 33. Comparación entre grupos de la percepción de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros en la fase postratamiento.....	272
Tabla 34. Comparación entre grupos del rendimiento académico de los alumnos por áreas instrumentales en la fase de pre-tratamiento.....	273
Tabla 35. Comparación entre grupos del rendimiento académico de los alumnos por áreas instrumentales en la fase de postratamiento.....	274
Tabla 36. Comparación entre grupos del Clima escolar en la fase de pre-tratamiento.....	274
Tabla 37. Comparación entre grupos en el Clima Escolar postratamiento.....	275
Tabla 38. Comparación intragrupo del Clima familiar en el grupo farmacológico.....	277
Tabla 39. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los padres del grupo farmacológico.....	278
Tabla 40. Porcentaje de mejora estimada por los padres del grupo farmacológico en la sintomatología TDAH según la escala DSM-IV-TR (2000).....	279
Tabla 41. Comparación intragrupo del Clima familiar del grupo combinado.....	280
Tabla 42. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los padres del grupo combinado.....	282
Tabla 43. Porcentaje de mejora estimada por los padres del grupo combinado en la sintomatología TDAH según la escala DSM-IV-TR (2000).....	283
Tabla 44. Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de pre-tratamiento.....	284

Tabla 45. Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de postratamiento.....	284
Tabla 46. Comparación entre grupos de la sintomatología de TDAH estimada por los padres en la fase de pretratamiento.....	285
Tabla 47. Comparación entre grupos de la sintomatología de TDAH estimada por los padres en la fase de postratamiento.....	286

GRÁFICOS

Gráfico 1. Escala de Clima Social de la Familia (FES).....	216
Gráfico 2. Escala de Clima Social en el Centro Escolar (CES).....	218
Gráfico 3. Comparación intragrupo de la percepción de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros del grupo farmacológico	253
Gráfico 4. Comparación intragrupo del Clima Escolar del grupo farmacológico.....	259
Gráfico 5. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros del grupo farmacológico	263
Gráfico 6. Comparación intragrupo del Clima Escolar del grupo combinado.....	267
Gráfico 7. Comparación entre grupos de la autoeficacia percibida por los maestros en la fase pretratamiento y postratamiento.....	271
Gráfico 8. Comparación entre grupos en el Clima Escolar postratamiento.....	276
Gráfico 9. Comparación intragrupo del Clima familiar en el grupo farmacológico.....	278
Gráfico 10. Comparación intragrupo del Clima familiar del grupo combinado...	281
Gráfico 11. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los padres del grupo combinado.....	282
Gráfico 12. Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de postratamiento.....	285
Gráfico 13. Comparación entre grupos de la sintomatología de TDAH estimada por los padres en la fase de pretratamiento.....	285

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO



Introducción

Como su propio nombre indica, el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se caracteriza por un desarrollo inapropiado de los mecanismos que regulan la atención, la actividad y la impulsividad. El TDAH interfiere de forma significativa en el funcionamiento social, emocional y cognitivo causando una importante disfuncionalidad en el niño, en su grupo de compañeros y en su familia (Cardo y Servera, 2008).

Estas repercusiones sobre el desarrollo personal y familiar del niño han tenido como consecuencia que sea uno de los trastornos más investigados en los últimos años. Este interés renovado en su estudio puede hacernos pensar que nos encontramos ante un síndrome típico de la sociedad actual, pero lo cierto es que el trastorno no es más prevalente ahora que en el pasado. Lo que ocurre es que han mejorado substancialmente nuestros conocimientos generales sobre el trastorno y por tanto sobre su detección.

Desde que Still describiera por primera vez el TDAH en 1902, ha recibido distintas denominaciones y explicaciones etiológicas. En la actualidad constituye uno de los síndromes clínicos más comunes en la infancia, de forma que entre un 3% y un 7% de los niños en edad escolar lo padecen (APA, 2000; Cardo et al., 2011). Aunque por el momento se desconocen sus causas con exactitud debido a la dificultad que presenta delimitar las funciones y conexiones neurales implicadas, disponemos de evidencia empírica suficiente para sostener que el TDAH es un trastorno de origen esencialmente genético y biológico (Del campo, Chamberlain, Sahakian, y Robbins, 2011; Faraone et al., 2005; Jain, Vélez, Acosta y Palacio, 2011; Martínez-León, 2006), aunque su curso evolutivo y pronóstico están enormemente influidos por factores ambientales.

Dicho de otro modo, las influencias biológicas sobre las conductas hiperactivas hay que interpretarlas y valorarlas desde un enfoque interactivo, psicosocial y contextual, en el que las características del niño y del ambiente actúan como un tándem (Miranda, Grau, Rosel y Meliá, 2009; Nikolas, Friderici, Waldman, Jerningan y Nigg, 2010; Presentación, García, Miranda, Siegenthaler y Jara, 2006). En esta línea, varias investigaciones han enfatizado el impacto del ambiente en el desarrollo del cerebro, sugiriendo que las regiones corticales están altamente interconectadas y no especializadas en el neonato. Por esta razón, la interacción con el ambiente juega un rol esencial en la expresión de los genes y el

genotipo cognitivo de una persona (Karmiloff-Smith, 2009). Por consiguiente, una comprensión integral del trastorno no puede alcanzarse sin considerar las experiencias que tienen lugar en los sistemas sociales del niño, en particular la familia y la escuela, como contextos primarios de socialización.

Aunque sus síntomas centrales son la inatención, el exceso de actividad motriz y la impulsividad, estas manifestaciones suelen coexistir con problemas del comportamiento, dificultades en el aprendizaje y déficits en el funcionamiento socioafectivo (Spencer, Biederman y Mick, 2009). Además, sus manifestaciones esenciales persisten en la mayoría de los niños a lo largo de su desarrollo, de forma que entre un 50 y un 80% de niños con TDAH continua manifestando síntomas del trastorno en etapas posteriores (Barkley, Fischer, Smallish y Feltcher, 2002; Biederman, Mick y Faraone, 2000), afectando negativamente a su integración en el ámbito familiar, educativo y laboral. Es más, la investigación ha demostrado que los niños no tratados están en riesgo de manifestar serias dificultades que pueden persistir y empeorar en la edad adulta (Goksoyr y Nottestad, 2008), incluyendo los trastornos de conducta (Alda et al., 2009), y el abuso de sustancias (Piatigorsky y Hinshaw, 2004).

Estos hallazgos nos instan a considerar que un adecuado abordaje del proceso de evaluación e intervención del TDAH requiere contemplar de forma temprana los distintos contextos donde el niño se desenvuelve (familia, escuela y comunidad), contando con un equipo multidisciplinar de cara a implementar lo antes posible intervenciones efectivas que mejoren la calidad de vida de estos niños y sus familias.

Así, consideramos esencial el empleo de un enfoque de intervención psicosocial, contextualizado, multidisciplinar y continuado a lo largo de la vida, contando con la implicación activa de las figuras significativas del niño (padres, maestros e iguales) y abordando asimismo los problemas asociados al mismo.

De hecho, tras décadas de investigación continuada, la mirada se pone hoy en día fundamentalmente en el análisis de la eficacia relativa, diferencial y/o incremental de los tratamientos. Hasta la fecha, disponemos de tres enfoques de intervención cuya eficacia ha sido respaldada empíricamente, a saber, la intervención psicosocial, la intervención farmacológica, y los tratamientos que

combinan ambos enfoques de intervención (Kutcher et al., 2004; van der Oord, Oosterlann y Emmelkamp, 2008).

Cientos de estudios documentan los beneficios a corto plazo de los psicoestimulantes sobre el funcionamiento cognitivo y conductual de los niños hiperactivos, por lo que la administración de estos fármacos constituye una de las intervenciones más ampliamente utilizadas para tratar el TDAH desde hace décadas (Antonucci, Kunis, Manos, López y Kerney, 2010; Gustafsson, Hansson, Eidevall, Thernlund y Svedin, 2008; Kratochvil et al., 2006). No obstante, aunque su eficacia a corto plazo ha sido demostrada en numerosas ocasiones, estas medicaciones adolecen de una serie de limitaciones importantes. En primer lugar, sólo un 30% de los niños hiperactivos no responden favorablemente a este tipo de intervención, (Wilens y Biederman, 1992) o presentan poca adherencia al tratamiento (Adler y Nierenberg, 2010; Willoghby y Evans, 2000). Además, existen substanciales diferencias individuales en las respuestas de los niños hiperactivos a estos fármacos y se ha comprobado que sólo mejoran algunos dominios de funcionamiento. Concretamente, muchas veces no consiguen promover cambios positivos en el rendimiento académico, las relaciones sociales y los problemas de comportamiento de estos niños (Coghill et al., 2008).

Estos hallazgos revisten una especial relevancia si tenemos en cuenta que la asociación de los problemas de conducta a la hiperactividad constituye el principal determinante de un pronóstico desfavorable del TDAH, prediciendo la aparición de posteriores conductas antisociales y abuso de sustancias en la etapa de la adolescencia y la edad adulta (Monuteaux, Faraone, Gross y Biederman, 2007; Piatigorsky y Hinshaw, 2004).

Otra de las limitaciones asociadas al empleo de las medicaciones estimulantes se refiere a que sus efectos terapéuticos desaparecen cuando cesa su administración. En efecto, los escasos estudios longitudinales realizados sobre este tópico hasta la fecha durante períodos superiores a los cinco años han demostrado que los psicoestimulantes no mejoran el pronóstico del TDAH (Molina et al., 2009; Weiss y Hetchman, 1993). En este sentido, estamos de acuerdo con Pelham y Gnagy (1999, p.226) en que *“si medicamos a los niños simplemente, sin enseñarles las habilidades necesarias para mejorar su conducta y su ejecución, no es probable que mejore su pronóstico a largo plazo”*.

Por otro lado, cabe decir que muchas veces no se siguen adecuadamente las prescripciones médicas, principalmente en la escuela. Esta escasa adherencia al tratamiento implica que en la mayoría de los casos no se mantengan las pautas médicas y las tasas de abandono oscilen entre un 13% y un 64%, especialmente para los estimulantes de acción inmediata (Adler y Nierenberg, 2010). Además, tampoco podemos obviar que en ocasiones aparecen efectos secundarios adversos asociados a los fármacos estimulantes, cuya repercusión a largo plazo todavía no se conoce suficientemente, especialmente en la etapa de educación infantil (Ghuman, Arnold y Anthony, 2008).

A partir de estas consideraciones se desprende la necesidad de analizar la eficacia de las intervenciones psicosociales que han demostrado de forma reiterada ser una buena opción para mejorar los problemas que experimentan los niños con TDAH en diversos planos de funcionamiento (Antshel y Barkley, 2008; Fabiano, Pelham, Coles y Gnagy, 2009; Miranda y Presentación, 2000; Miranda, Presentación, y Soriano, 2002; Miranda, Jarque y Rosel, 2006).

En el marco de estas intervenciones psicosociales contextualizadas, se suelen llevar a cabo intervenciones grupales a padres y a maestros en el manejo del TDAH. Asimismo, también está indicado el entrenamiento en habilidades sociales y emocionales de los niños con TDAH, de forma individual y en grupo. La idea central es intervenir con el niño en sus contextos naturales y con las personas significativas que le rodean, -a ser posible de forma coordinada-, para garantizar la deseable generalización de los resultados positivos derivados de las intervenciones.

Así, en la práctica clínica, el empleo de intervenciones psicosociales efectivas para el TDAH está constituyendo progresivamente una opción alternativa o complementaria a la administración de la medicación estimulante. Esto es, para los niños hiperactivos que no se benefician de los fármacos estimulantes la implementación de una intervención psicosocial es la opción de tratamiento alternativa. Pero para los niños hiperactivos que experimentan mejoras con un tratamiento farmacológico, su combinación con una intervención psicosocial les ayuda en la mejora de los problemas asociados al TDAH, tales como las relaciones familiares, relaciones con los iguales, agresividad o síntomas internalizantes (MTA, 1999), y en la reducción de la dosis de medicación,

favoreciendo así un mejor pronóstico y una reducción de los posibles efectos secundarios de la medicación a largo plazo (Chronis, Jones y Raggi, 2006; So, Leung y Hung, 2008; Van der Oord, Prins, Oosterlann y Emmelkamp, 2008).

Sin embargo, las intervenciones psicosociales no están exentas de limitaciones, como por ejemplo la escasa evidencia del mantenimiento de las mejoras obtenidas una vez el tratamiento ha sido retirado, o de la generalización de la conducta aprendida en otras situaciones en las que no están operativos los procedimientos de intervención (Fabiano et al., 2009). Asimismo, las tasas de abandono de las intervenciones psicosociales para el TDAH por parte de los padres se sitúan entre un 30%- 60% (Friars y Mellor, 2007), similares a las obtenidas en intervenciones farmacológicas (Adler y Nierenberg, 2010).

En consecuencia, reconociendo las limitaciones que presentan ambas modalidades de tratamiento aplicadas de forma aislada, diferentes guías de práctica clínica sobre el TDAH publicadas recientemente en América, Inglaterra y España (American Academy of Pediatrics, 2001; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el TDAH del Sistema Nacional de Salud, 2010; Institute for Clinical Systems Improvement, 2007; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009), reconocen y apoyan el uso de tratamientos de tipo combinado. Estas guías enfatizan que el tratamiento farmacológico debe siempre formar parte de un plan tratamiento comprehensivo que incluya entre sus componentes el tratamiento psicológico, conductual y educativo de las personas que lo padecen y en sus contextos naturales. Algunos profesionales e investigadores van más allá defendiendo las intervenciones psicológicas, psicopedagógicas y psicosociales (familiares y escolares) en primera y única instancia y proponiendo el tratamiento farmacológico en segunda instancia y sólo excepcionalmente (Mabres, 2012).

Sin embargo, a pesar de la relevancia del problema, en la actualidad todavía son escasas las investigaciones que se hayan dedicado a comparar la efectividad y las limitaciones que presentan unos enfoques de tratamiento frente a otros. Destaca en este sentido el estudio clínico más importante realizado hasta el momento en Norte América, conocido como *Multimodal Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, respaldada por el National Institute of Mental Health (The MTA Cooperative Group, 1999), que está dirigido a analizar

la eficacia relativa y diferencial de un tratamiento farmacológico, una intervención psicosocial, un tratamiento combinado y una intervención comunitaria.

En España merece destacarse el esfuerzo desarrollado en los últimos veinte años por un equipo de investigadores españoles, dirigidos por la Dra. Miranda de la Universidad de Valencia, en el desarrollo de programas psicoeducativos contextualizados en el ámbito familiar y escolar (Miranda, Jarque y Tárraga, 2006; Miranda, Grau, Meliá y Roselló, 2009; Miranda et al., 1999), así como en el estudio de la eficacia relativa y diferencial de las intervenciones psicosociales versus las farmacológicas (Miranda y Presentación, 2000; Miranda, García y Presentación, 2002; Miranda, Presentación y Soriano, 2002; Miranda, Jarque y Rosel, 2006; Presentación et al., 2010). Sin embargo, no nos constan estudios de combinación en nuestro país.

Fuera de España, a pesar de los esfuerzos realizados, todavía en la actualidad la literatura especializada arroja resultados contradictorios respecto a los beneficios incrementales de la combinación de tratamientos. Así, mientras algunas investigaciones han demostrado un valor añadido o incremental de la terapia combinada sobre la farmacológica (Klein y Abikoff, 1997; Klein, Abikoff, Hechtman y Weis, 2004; Wells et al., 2000; Van den Hoofdakker et al., 2007), otros estudios no han encontrado efectos añadidos (Abikoff et al., 2004; MTA, 1999; van der Oord et al., 2007).

Nuestra investigación, salvando las distancias en cuanto a tamaño de la muestra y recursos económicos y científicos, comparte con varios estudios previos de referencia el interés por analizar el efecto relativo y diferencial de una intervención combinada versus un tratamiento farmacológico sobre las manifestaciones del TDAH en el contexto familiar y escolar (MTA, 1999; Pelham, Burrows, Gnagy y Fabiano, 2005; So et al., 2008; Van den Hoofdakker et al., 2007; Van der Oord et al., 2007).

El presente trabajo se divide en dos grandes núcleos, comenzando por una revisión teórica actualizada, para alcanzar posteriormente los objetivos concretos relativos al trabajo experimental. Concretamente, en el marco teórico de nuestra tesis, desarrollamos en el capítulo 1 un marco teórico general de referencia para el estudio del desarrollo normativo y no normativo, con sus

implicaciones para el abordaje terapéutico del TDAH. En el capítulo 2, realizamos una revisión de los avances en el conocimiento del trastorno. En el capítulo 3, fundamentándonos en la revisión de la literatura especializada más reciente en el tema, realizamos una actualización sobre las modalidades de intervención disponibles en la actualidad para tratar el TDAH, esto es, la intervención psicosocial, la farmacológica y la multimodal o combinada, así como los tratamientos complementarios. Finalizamos el capítulo desarrollando los posibles factores mediadores y moderadores que pueden modular la respuesta individual del sujeto a la intervención.

En la segunda parte de nuestra investigación se presenta el trabajo experimental. En el capítulo 4, junto con una justificación del trabajo, describimos los objetivos e hipótesis del estudio, la descripción del método seguido y los procedimientos de intervención empleados, a saber, farmacológico y combinado. En el capítulo 5 se muestran los resultados obtenidos de acuerdo con cada uno de los objetivos planteados previamente. De este modo, presentamos en primer lugar los efectos relativos y diferenciales de cada modalidad de tratamiento en el contexto escolar y posteriormente en el contexto familiar. Es nuestro deseo que el esfuerzo y el tiempo que hemos dedicado a nuestro trabajo contribuyan a mejorar la calidad de vida de los niños que sufren un TDAH y la de sus familias.

CAPÍTULO 1



Marco teórico general de referencia para el estudio del desarrollo normativo y no normativo.

Implicaciones para el abordaje terapéutico del TDAH

La concepción del desarrollo normativo y no normativo que asume un profesional o investigador condiciona de forma substancial su orientación terapéutica, en este caso en relación con el TDAH infantil. De ahí la importancia de explicitar las perspectivas teóricas en que nos hemos basado de forma integrada para fundamentar el diseño del presente estudio así como de los programas de intervención grupales que hemos implementado.

En los siguientes apartados se presentan estas influencias teóricas, así como los factores terapéuticos que puede aportar la terapia en grupo, y las orientaciones generales de los programas de entrenamiento que se pueden emplear para padres y maestros de niños con trastornos del comportamiento.

1.1. Influencias de las perspectivas socio-culturales, ecológicas, neuro-constructivistas y del ciclo vital en nuestra concepción del desarrollo humano.

La atención psicológica y educativa proporcionada a las personas con trastornos de desarrollo y el aprendizaje ha cambiado considerablemente a lo largo de la historia. En esencia, estos cambios se reflejan en el progresivo paso de un modelo de intervención médico-clínico y rehabilitador, a un modelo de intervención habilitador, pedagógico y psicoeducativo, donde se tienen en cuenta los distintos contextos de desarrollo de las personas a lo largo de todo el ciclo vital, tanto en el proceso de evaluación como de intervención (Miranda, Soriano y Jarque, 2000; Sánchez y Torres, 2002).

Desde nuestra perspectiva, la fundamentación teórica del campo de los trastornos del desarrollo se sitúa dentro de un marco epistemológico entre la Psicología Evolutiva y de la Educación, y más concretamente enraizado en los enfoques socioculturales, ecológicos, neuro-constructivistas y del ciclo vital.

Así, el desarrollo puede considerarse como el resultado de la interacción constante y dinámica que se produce entre las influencias biológicas y ambientales de la persona, presentando una enorme potencialidad y plasticidad. De ahí que una de las funciones más relevantes de la Psicología Evolutiva sea analizar las características de las personas y sus contextos, de cara a diseñar programas educativos para promover su desarrollo y aprendizaje.

En la misma línea, la Psicología de la Educación entiende que una de las funciones básicas de la educación es promover el desarrollo y el aprendizaje de

las personas en todas las áreas de funcionamiento. Esta función de la educación como generadora de desarrollo y aprendizaje es especialmente relevante en el caso de las personas que presentan algún tipo de trastorno en el desarrollo, como los niños con TDAH.

Históricamente, destaca también el carácter aplicado de la Psicología de la Educación, vinculándose sus orígenes con la educación especial y la clínica infantil. Progresivamente, este enfoque más clínico ha ido complementándose con un enfoque más educativo, de modo que sus funciones más clásicas de diagnóstico e intervención de los trastornos del desarrollo y del comportamiento se han ido complementando con las de identificación y tratamiento de las dificultades de aprendizaje y asesoramiento al profesorado.

Estas teorías socio-culturales, ecológicas, neuroconstructivistas y del ciclo vital, comparten su énfasis en la influencia decisiva del ambiente sobre el desarrollo y el aprendizaje de las personas, y viceversa. Conciben el desarrollo, normativo y no normativo, como el resultado de la interacción de diversas influencias biológicas y culturales a lo largo de la vida. Estas ideas nos instan a considerar que el proceso de evaluación e intervención de las dificultades evolutivas, entre ellas el TDAH, debe ser interactivo, multi-contextual, preventivo, multimodal, sistémico y colaborativo, enfatizando la actuación en los diversos contextos del sujeto a lo largo del ciclo vital. Estas son las ideas esenciales que han guiado el diseño de las intervenciones que se han implementado en nuestra investigación.

Desde la *perspectiva del ciclo vital* (Baltes, Reese y Nesselroade, 1977), se entiende que el desarrollo es el resultado de un proceso de adaptación a lo largo de toda la vida, donde ocurren influencias de edad, de historia y no normativas. El desarrollo implica aplicar mecanismos de selección, optimización y compensación, para aumentar ganancias y reducir pérdidas.

Las implicaciones educativas de esta teoría para el estudio y manejo del TDAH, se refieren al énfasis en que sus manifestaciones aparecen a lo largo de toda la vida, siendo necesario prestar atención y dar respuestas psicoeducativas en todos los períodos evolutivos. En otras palabras, los cambios intra e interindividuales que se producen a lo largo de la vida de las personas nos instan

a adaptar las intervenciones a cada caso en particular, teniendo en cuenta los diversos tipos de posibles de influencias.

Por su parte, desde la *perspectiva neuroconstructivista* se entiende que el desarrollo ontogenético es un proceso gradual dependiente de la interacción que se produce entre los genes y los contextos en que está inmersa la persona. Una de las mayores representantes de la corriente neuroconstructivista, Annette Karmiloff-Smith (2009), proporciona una explicación de los trastornos del desarrollo que otorga un papel fundamental a la influencia del ambiente sobre el desarrollo cerebral de los niños, especialmente en los primeros años de vida (Karmiloff-Smith, 2009). En otras palabras, dado que las regiones corticales están altamente interconectadas y no especializadas en el neonato, la interacción con el ambiente físico y social desempeña un rol esencial en la expresión de los genes y el fenotipo cognitivo de la persona (Johnson, 2001; Karmiloff-Smith, 1998; Meany y Szyf, 2005; Neville, 2006).

Asimismo, como señalan Ansermet y Magistretti (2006, citados en Escardíbul et al., 2012), sabemos que la transmisión sináptica puede modularse mediante la experiencia. Esta plasticidad neuronal revela la importancia de la experiencia y las extraordinarias potencialidades de cambio del sujeto. La plasticidad implica a una red neuronal abierta al cambio; el cerebro visto como un órgano altamente dinámico en interacción permanente con el entorno y con la vida psíquica del sujeto.

Las implicaciones psicoeducativas de este planteamiento para el estudio y el manejo del TDAH son relevantes. Más concretamente, dada la gran plasticidad cerebral del niño en los primeros años de vida, y la poderosa influencia que ejerce el entorno sobre su funcionamiento cerebral, resulta fundamental realizar una identificación e intervención temprana de sus dificultades evolutivas de una forma contextualizada, enfatizando el papel que desempeñan las personas significativas del niño en sus entornos naturales (familia y escuela).

Este énfasis en la influencia del entorno sobre el niño y viceversa también ha sido especialmente puesto de manifiesto por las *teorías socioculturales y ecológicas* del desarrollo. El *enfoque ecológico* de Bronfenbrenner plantea que para estudiar el desarrollo del niño adecuadamente, es necesario ubicarlo en los sistemas sociales en los que está inmerso o se relaciona (microsistema,

mesosistema, exosistema y macrosistema), dadas las influencias recíprocas que se producen entre estos sistemas y el propio niño. Es más, critica la investigación que analiza el desarrollo de las personas fuera de sus contextos habituales, considerando que este tipo de métodos puede convertir la psicología del desarrollo en *“la ciencia de la extraña conducta de los niños en situaciones extrañas, con adultos extraños durante el menor tiempo posible”* (Bronfenbrenner, 1979, citado en Miranda, Jarque y Amado, 1999). De este modo, los autores de la perspectiva ecológica consideran que el desarrollo del niño debe ser observado en sus contextos naturales, y si esto no es posible, la investigación experimental debería tener al menos una adecuada validez ecológica.

En relación con el TDAH, desde este marco bioecológico evolutivo, el ambiente psicosocial desempeñaría un papel modulador fundamental sobre la predisposición a padecer TDAH, influyendo en la forma en la que las características personales del niño son comprendidas y manejadas por las personas significativas de su entorno social (Colomer, Miranda, Herdoiza, y Presentación, 2012). Por consiguiente, la familia, la escuela y los compañeros deben tenerse en cuenta como variables protectoras o generadoras de riesgo en la aparición y desarrollo del TDAH en el niño.

Por su parte, el *enfoque sociocultural* de la teoría de Vygotsky (citado en Miranda, Jarque y Amado, 1999), entiende que la actividad humana es el producto de una evolución filogenética y ontogenética vinculada al transcurso histórico-cultural. Esta actividad está mediatizada socialmente, apareciendo en un contexto social determinado, y se entiende en relación con una mente consciente.

Las implicaciones educativas de la perspectiva sociocultural para el estudio y tratamiento del TDAH son relevantes. El desarrollo (normativo y no normativo) se entiende como el resultado de la interacción de las influencias biológicas y culturales de la persona, destacando la importancia de la mediación social en el desarrollo y el aprendizaje. Los distintos tipos de mediación social pueden compensar los déficits asociados a los trastornos del desarrollo, promoviendo un desarrollo adecuado, siempre en la zona de desarrollo próximo de las personas con dificultades evolutivas. De este modo, como señala Aierbe (2005), el papel del grupo es esencial para los individuos con trastornos del

desarrollo como el TDAH, ya que transforma el ambiente e impulsa el desarrollo, como se describe en los siguientes apartados.

1.2. Factores terapéuticos de la terapia grupal.

Desde sus comienzos en los años 70, el empleo de la terapia grupal ha vivido un vertiginoso incremento, debido, en parte, a las numerosas ventajas que presenta una perspectiva grupal: mayor eficiencia, menor estigmatización, y un contexto adecuado para la práctica de habilidades que implican la interacción social.

El formato grupal permite reducir el aislamiento y crear un clima de apoyo mutuo, pues normaliza las vivencias, facilita los procesos de debate y reflexión necesarios para lograr el cambio y permite abordar un extenso rango de experiencias y emociones que son compartidas por los participantes.

Según la Guía de práctica clínica para el TDAH británica (NICE, 2006), el formato grupal es el recomendado en el tratamiento de los problemas de conducta infantiles. Asimismo, la investigación sugiere que las intervenciones realizadas en un formato grupal son más atractivas para las familias que la terapia clínica tradicional (Cunningham, Bremner y Boyle, 1995).

La terapia grupal se apoya en una herramienta terapéutica muy poderosa, esto es, en el escenario grupal. El poder de este instrumento proviene de la importancia que tienen las interacciones interpersonales en nuestro desarrollo psicológico (Sunyer, 2008). La personalidad y los patrones de comportamiento pueden considerarse el resultado de las primeras interacciones con otros seres humanos significativos. Sabemos, por ejemplo, que la formación exitosa de vínculos es imprescindible para lograr un desarrollo psicológico sano, tanto entre los primates como entre los humanos. Harry Stack Sullivan fue uno de los primeros psiquiatras y teóricos en subrayar el vínculo que une la psicopatología con un historial del desarrollo caracterizado por relaciones interpersonales distorsionadas (Sullivan, 1953). Estamos de acuerdo con Sullivan acerca de que la personalidad es casi por completo un producto de la interacción con otros seres humanos significativos y que la psicopatología puede surgir cuando estas interacciones, y las percepciones y expectativas resultantes, están distorsionadas.

Aunque el examen y la corrección de las distorsiones interpersonales pueden tener lugar en el contexto de una relación entre dos personas, es decir, entre el terapeuta y el paciente, un grupo de varias personas que se reúnen proporciona un campo interpersonal mayor y potencialmente más poderoso. Los miembros del grupo deben aprender a ocuparse de sus gustos, aversiones, similitudes, diferencias, envidias, timidez, agresión, miedo, atracción y competitividad. Todo ello tiene lugar bajo la mirada del grupo, donde, bajo un cuidadoso liderazgo terapéutico, los miembros dan y reciben feedback sobre el significado y el efecto de las diversas interacciones que tienen lugar entre ellos. De este modo, el mismo escenario grupal se convierte en una herramienta terapéutica enormemente específica.

El poder potencial de la terapia de grupo procede también de un fenómeno presente cada vez más en nuestra sociedad: una sensación dominante de creciente aislamiento interpersonal y social. Experiencias grupales de cohesión, de apoyo o de autorreflexión parecen ser cada vez más difíciles de alcanzar en nuestra moderna e industrializada vida. Los grupos constituyen una parte esencial de nuestra experiencia de desarrollo, desde nuestra primera unidad familiar, pasando por la escuela, hasta las personas que nos rodean en el trabajo, en el ocio y en el hogar.

Al mismo tiempo, llegan a nuestros oídos quejas sobre una creciente alienación interpersonal en la vida moderna, una sensación de aislamiento, anonimato y fragmentación social. Debido a esta circunstancia y por su capacidad de proporcionar una experiencia terapéutica poderosa y excepcional, el escenario grupal se utiliza cada vez más no sólo orientado al tratamiento de la salud mental, sino también orientado a colectivos o grupos especializados (alcohólicos anónimos, padres divorciados, padres de niños autistas, padres de niños con trastornos de conducta...). El creciente número de grupos que se están utilizando en escenarios no psiquiátricos indica la necesidad general que siente la gente de vivir experiencias grupales de cohesión y apoyo (Sunyer, 2008).

Diversos investigadores han identificado una serie de mecanismos de cambio en la terapia grupal, los denominados factores curativos o terapéuticos (Butler, T. y Fuhrman, A., 1983; Bloch, S. y Crouch, E. 1985). Yalom (citado en Vinogradof y Yalom, 1996), ha desarrollado un inventario de base empírica,

constituido por once factores de los mecanismos terapéuticos que operan en la psicoterapia de grupo y que exponemos a continuación:

1. *Infundir esperanza.* Es fundamental tener fe en una modalidad de tratamiento, tanto para el paciente como para el terapeuta. Aunque infundir y mantener la esperanza es crucial en todas las terapias, en el escenario grupal desempeña un papel excepcional. En todo grupo de terapia hay miembros que mejoran, así como otros que permanecen igual. Los diferentes miembros del grupo suelen comentar al finalizar el grupo que haber presenciado la mejoría experimentada por los demás les ha infundido gran esperanza respecto a su propia mejoría.
2. *Universalidad.* Muchas personas, y en nuestro contexto de investigación, familias y maestros, sienten a veces una sensación de aislamiento. Están convencidos de que su problema es único, de que sólo ellos tienen ciertas dificultades o emociones inaceptables. A menudo se sienten socialmente aislados y gozan de pocas oportunidades de intercambio social sincero. En el grupo, especialmente en las primeras fases, los miembros experimentan una fuerte sensación de alivio cuando se dan cuenta de que no se encuentran solos con sus problemas, que sus problemas son universales y que los comparten otros miembros del grupo.
3. *Transmitir información.* En el grupo el terapeuta o conductor de grupo transmite información y orientaciones relacionadas con los intereses comunes, inquietudes, y necesidades del grupo. También los propios miembros del grupo ofrecen consejos u orientación directa sobre problemas vitales al resto de miembros. En los grupos especializados en un determinado trastorno dirigidos a pacientes, familiares o educadores, también llamados grupos psicoeducativos, el conductor ofrece una instrucción explícita sobre la naturaleza del trastorno, su curso evolutivo, los problemas asociados que conlleva en los diferentes contextos, las estrategias de intervención que han demostrado ser más eficaces en su tratamiento, mecanismos para afrontar las dificultades que comporta y a poner en práctica las técnicas aprendidas. Los propios componentes del grupo aportan orientaciones y consejos al resto de miembros, centrados en sus experiencias vitales, formación y conocimientos adquiridos a través de la experiencia.

4. *Altruismo*. En la terapia grupal los miembros se ayudan mucho entre sí pues comparten problemas similares, se ofrecen mutuamente ayuda, sugerencias y se tranquilizan unos a otros. Para un padre que se siente desmoralizado y cree que no es capaz de resolver las dificultades que se le presentan en la educación de su hijo, el poder compartirlo con el grupo y experimentar la sensación de que puede ser útil a otros miembros del grupo puede resultar enormemente gratificante y es una de las razones por las cuales la terapia de grupo incrementa con tanta frecuencia la autoestima. Este factor terapéutico es exclusivo de la terapia de grupo. El acto altruista no sólo potencia la autoestima, también distrae a las personas que malgastan gran parte de su energía psíquica inmersos en una obsesiva concentración en sí mismos y en sus problemas y se ven repentinamente obligados a ser útiles a otras personas.
5. *Desarrollo de técnicas de socialización*. El aprendizaje social es un factor terapéutico que opera en todos los grupos de terapia, aunque la naturaleza de las habilidades que se enseñan y el carácter explícito del proceso varía enormemente dependiendo del tipo de grupo. Con frecuencia se utilizan técnicas de juego de rol para enseñar nuevas estrategias o habilidades útiles relacionadas con las necesidades que presenta el grupo. Es habitual además, que entre los propios miembros del grupo, además del que ofrece el propio conductor, se proporcionen unos a otros un sincero feedback.
6. *El comportamiento imitativo*. Durante la terapia grupal los miembros se benefician de la observación del crecimiento de otro miembro del grupo que tiene problemas similares (aprendizaje vicario).
7. *Catarsis*. Dar rienda suelta a las emociones es un factor terapéutico que está asociado a otros procesos grupales, especialmente con la universalidad y la cohesión. Es de primordial importancia compartir con los demás el propio mundo interior con el fin de ser aceptado en el grupo. Ser capaz de expresar emociones fuertes y profundas, y aún así ser aceptado por los demás, es algo que pone en entredicho que seamos inaceptables, o que nadie pueda sentirse capaz de aceptarnos y querernos.
8. *Recapitulación correctiva del grupo familiar primario*. Muchas personas inician la experiencia grupal con una historia de experiencias sumamente

insatisfactorias en el seno de su primero y más importante grupo: la familia primaria. En el grupo pueden empezar a interactuar con el conductor o con otros miembros, tal y como interactuaron en su día con sus padres y hermanos. El conductor debe examinar y cuestionar los roles fijos existentes en el grupo y alentar continuamente a los miembros para que prueben nuevos comportamientos.

9. *Los factores existenciales.* Uno de los enfoques existenciales para comprender los problemas de los pacientes postula que la lucha primordial del ser humano es aquella que tiene lugar contra los hechos dados de la existencia: la muerte, el aislamiento, la libertad y la carencia de sentido (Yalom, 1984). En el curso de la terapia grupal los miembros empiezan a darse cuenta de que la orientación y el apoyo que pueden recibir de los demás tienen un límite. Se dan cuenta de que es en ellos en quienes recae la responsabilidad final y de la forma en que deben vivir y dirigir su vida. Aprenden que, aunque se pueda estar cerca de los demás, existe no obstante, una inevitable soledad propia de la existencia. A medida que van aceptando algunas de estas cuestiones, aprenden a enfrentarse a sus limitaciones con mayor franqueza y valor.
10. *Cohesión.* Es una de las características más complejas y absolutamente esenciales de una terapia grupal exitosa. Se refiere al atractivo que los participantes ejercen sobre el grupo y sobre el resto de los miembros. Los miembros de un grupo cohesivo se aceptan y se apoyan mutuamente y tienden a formar relaciones significativas en el seno del grupo. Es la relación que se establece entre los miembros del grupo la que cura, la que logra mejores resultados terapéuticos. Los grupos muy cohesionados son grupos estables que disfrutan de mayor asistencia, compromiso y participación activa por parte de los miembros. Algunos encuadres grupales, como aquellos que se especializan en un problema o trastorno particular desarrollarán inmediatamente, debido a los problemas compartidos de sus miembros, una gran cohesión.
11. *El aprendizaje interpersonal.* Con su rico potencial para el aprendizaje y el cambio, tiene lugar cada vez que se reúne un grupo. En la terapia grupal se proporciona a cada miembro un conjunto único de interacciones personales que le ayudan a aprender de los demás y a conocerse más a sí

mismo. Es el mecanismo de cambio fundamental en los grupos. La mayoría de los miembros de un grupo consideran este aspecto como el más útil de la experiencia grupal. En el grupo no sólo se incorporan aspectos de los otros, sino que cada miembro del grupo se va sintiendo partícipe de una trama relacional formada por todos los que comparten objetivos y espacio de grupo. Esta pertenencia es la clave, según Sunyer (2008), de los elementos terapéuticos. Y es a través de ella que cada miembro del grupo va haciendo suyas formas de ver las cosas, maneras de entender al otro, en un proceso por el que se crece y al tiempo se contribuye a que el otro crezca.

Las necesidades y los objetivos de las personas que integran el grupo cambian durante el curso de la terapia y también lo hacen los factores terapéuticos que les son más útiles. En las primeras fases, un grupo se preocupa de establecer los límites y mantener a sus miembros, dominando factores tales como infundir esperanza, la orientación psicoeducativa y la universalidad. Otros factores como el altruismo y la cohesión del grupo, destacan en los grupos durante toda la duración de la terapia. Sin embargo, su naturaleza y el modo en que se manifiestan cambian notablemente según la fase en que se encuentre el grupo. Durante las sesiones iniciales del grupo, los miembros se muestran altruistas al ofrecerse sugerencias mutuamente, al plantear las preguntas apropiadas y demostrar interés y atención. Más adelante, pueden ser capaces de expresar que comparten la emoción de manera más profunda y de una forma más sincera. La cohesión es otro factor terapéutico cuya naturaleza y papel en el seno del grupo familiar cambia con el tiempo. Inicialmente la cohesión grupal se refleja en el apoyo y en la aceptación grupales; más adelante, facilita la autorrevelación y, a la larga, posibilita que los miembros examinen diversas tensiones como las cuestiones de enfrentamiento y conflicto, tensiones esenciales para el aprendizaje interpersonal. Cuanto más tiempo participen los pacientes en un grupo, tanto más valorarán los factores terapéuticos de cohesión, autocomprensión e interacción personal (Vinogradof y Yalom, 1996).

Cuando ofrecemos a unos padres la inclusión en un grupo terapéutico de este tipo, les estamos ofreciendo una muy buena oportunidad de enriquecimiento personal. Los grupos de padres tienen como objetivo mejorar la comunicación y la interrelación personal de unos y otros con la finalidad de

promover las relaciones saludables necesarias para que puedan encargarse mejor de los problemas que manifiestan sus hijos, tanto en el seno de la familia, como en su entorno escolar y social (Zegrí, 2007). Esto supone, en este caso, poner en común las propias experiencias educativas, las dificultades y retos que supone tener un niño con problemas de conducta, compartir los miedos frente a mostrar las propias dificultades, compartir la experiencia de aprender junto a otras personas, constatar que no sólo es uno el que tiene dificultades en su familia, compartir el aprendizaje del compañero de grupo, compartir la información que se suministra en relación a la tarea trabajada en el grupo, y compartir incluso la propia experiencia de estar en un grupo. Esa experiencia de aprendizaje compartido reactiva las experiencias de aceptación o rechazo, las de afecto y reconocimiento.

Los grupos de apoyo para profesionales, en nuestro caso para profesores, han sido concebidos sobre todo para ayudar a los profesionales a manejar el estrés relacionado con su trabajo. En esta clase de grupos afloran muchas quejas relacionadas con el trabajo y con la preocupación por el burn-out profesional. Ejemplos corrientes incluyen: frustración debida a una carga de trabajo excesiva y a un apoyo personal o de recursos inadecuado, sentimientos de inseguridad e incompetencia ante situaciones educativas para las que no se sienten suficientemente preparados, choques de tipo interpersonal con los compañeros de trabajo, etc.

Las sesiones de estas intervenciones pueden estar orientadas hacia los problemas y tener metas específicas, como aumentar conocimientos sobre un determinado tema que preocupa a la comunidad educativa, compartir estrategias de intervención educativa que resulten eficaces, ayudar a elaborar estrategias para gestionar su labor educativa de una forma más eficaz o enseñar ejercicios de relajación.

El conductor que dirige un grupo de apoyo para profesionales intenta propiciar una atmósfera cordial y abierta, en la cual los problemas comunes se examinen en su conjunto. En un principio se evitan las cuestiones que no provengan del lugar del trabajo, pero el impacto que ejercen los sucesos acontecidos en la vida privada, como el matrimonio, la maternidad,

enfermedades propias o familiares, acaban por salir a la superficie y tienen que examinarse en la medida que afectan al rendimiento profesional.

El conductor debe fomentar el altruismo y los consejos, pidiendo a los miembros más experimentados que compartan con los demás los medios que emplean para gestionar su trabajo, especialmente con aquellos alumnos o en aquellas condiciones más complicadas, así como que describan los problemas que aún les resulta difícil dominar.

Concluyendo, la terapia en grupo con padres/madres y maestros de niños con dificultades presenta una serie de características terapéuticas que la hacen única como forma de tratamiento, con muchas probabilidades de resultar exitosa. De ahí que en nuestra investigación se hayan planteado los dos programas de intervención psicosocial con padres y maestros de niños con TDAH en un formato grupal.

1.3. Enfoques de los programas de entrenamiento para niños con trastornos de comportamiento.

En líneas generales, la literatura científica distingue tres grandes orientaciones teóricas dentro de los programas de entrenamiento para niños con trastornos del comportamiento (Barlow, Coren, y Stewart-Brown, 2002; Richardson y Joughin, 2002, citados en Robles, 2009):

1. Una aproximación conductual y cognitivo-conductual.
2. Una aproximación democrática, basada en las relaciones interpersonales.
3. Una aproximación mixta, que incluye ingredientes de las dos anteriores.

Las *aproximaciones conductuales* puras constituyen las intervenciones mejor y más investigadas en el tratamiento de los problemas de conducta (Brestan y Eyberg, 1998; Taylor y Biglan, 1998). Empleadas en diversos problemas infantiles, donde más han mostrado evidencia de eficacia es en la conducta antisocial de inicio temprano, en la que se incluyen comportamientos como desobediencia, rabietas, desafío y agresividad (McMahon y Forehand, 2003).

Los objetivos principales del entrenamiento conductual puro son:

- Desarrollar en los padres y profesores estrategias de disciplina dirigidas a potenciar las conductas positivas del hijo, como el empleo contingente del refuerzo positivo y otras formas de atención positiva.

- Instruir a los padres y profesores en técnicas que les permitan reducir las conductas negativas del hijo, como la utilización de instrucciones claras y el tiempo-fuera (Mackenzie, Fite, y Bates 2004).

En estos programas los educadores y padres son instruidos en los fundamentos teóricos de la modificación de conducta, y son provistos de estrategias basadas en los principios del aprendizaje social (Mooney, 1995).

Uno de los ejemplos clásicos más representativos es el programa de entrenamiento para padres basado en el manual *Living WithChildren* (Patterson y Gullion, 1968), que probablemente constituye la primera muestra de tratamiento manualizado para problemas de conducta (véase Brestan y Eyberg, 1998). Diseñada para ser aplicada con padres de niños de 2 a 8 años, la intervención propuesta por Patterson y Gullion se basa en los principios operantes de cambio conductual y su objetivo es enseñar a los padres a supervisar las conductas identificadas como problemáticas, además de instruirles en el seguimiento y refuerzo de las conductas prosociales opuestas y mostrarles como ignorar y sancionar las conductas disruptivas.

A partir del *Living WithChildren*, Patterson y otros autores se dedicaron a diseñar y manualizar diferentes intervenciones para el tratamiento de los problemas de conducta, todas desde una óptica conductual (Forgatch y Patterson, 1989; Patterson y Forgatch, 1987). Uno de los primeros programas exitosos fue el publicado por Patterson en 1974, denominado *Interventionforboyswithconductproblems*(véase Rey, 2006), en el que participaron veintisiete niños de entre siete y doce años de edad. Fiel a su visión del origen y mantenimiento de los programas de comportamiento infantil, las intervenciones diseñadas por Patterson emplean el modelo de aprendizaje social para instruir a los padres en las técnicas y principios de modificación de conducta. Asimismo, y como sucede en el *Living WithChildren*, el resto de los programas de Patterson enfatiza la supervisión y seguimiento de la conducta, haciendo especial hincapié en la atención positiva a la conducta prosocial. Los problemas de conducta a los que se dirigen suelen ser rabietas, desobediencia, dificultades en la relación con los iguales, robos y conductas agresivas. Patterson promueve el aprendizaje activo durante el programa a través de lecturas y escenas que reflejan diferentes

situaciones de interacción entre padres e hijos, además de realización de tareas que sirven como complemento de la instrucción didáctica.

Otro ejemplo similar y representativo de un programa de entrenamiento de corte conductual es el *Programa de Entrenamiento para Padres* de Barkley (1997b), que ha sido implementado con éxito con padres de niños con TDAH (Anastopoulos, Smith y Wein, 1998), como se describirá más adelante.

Sin embargo, aunque las estrategias de manejo de la conducta del niño constituyen el componente principal de las intervenciones conductuales, no son las únicas estrategias terapéuticas empleadas en los programas de entrenamiento. En la actualidad, diferentes estudios han observado cómo se puede incrementar la eficacia de estas intervenciones desde *aproximaciones cognitivo-conductuales*, que combinan estrategias conductuales básicas con estrategias cognitivas, con el propósito de ayudar a los padres y maestros a reestructurar sus pensamientos sobre sí mismos y sus hijos/alumnos.

Como ejemplos clásicos de esta aproximación, podemos citar el programa de entrenamiento cognitivo-conductual propuesto por Cunningham, Bremner y Boyle (1995): *Raising a Thinking Child: I Can Problem Solve* (ICPS); el *Program For Families* (Shure, 1993), y el módulo de entrenamiento para padres incluido en la aproximación multicomponente *Coping Power*, propuesta por Lochman y Wells (2002) a partir del programa de tratamiento para niños *Anger Coping* (Lochman, 1985).

Además, varios estudios han evidenciado una eficacia superior en los programas que introducen componentes no enfocados exclusivamente en la conducta del niño, como por ejemplo la enseñanza a los niños, padres y maestros de estrategias de autocontrol (Wells, Griest, y Forehand, 1980; Taylor y Biglan, 1998), manejo del estrés y control de la ira (Rey, 2006).

El entrenamiento en el manejo del estrés tiene como objetivo reducir los niveles de ansiedad derivados de las situaciones cotidianas de interacción con los hijos o los alumnos. Este entrenamiento se basa en proporcionar a los padres o maestros técnicas de contención que les permitan afrontar, de un modo no agresivo, los problemas de comportamiento de los niños. De forma similar, fundamentándose en la secuencia de resolución de problemas propuesta por D'Zurilla y Goldfried (1971), el entrenamiento en resolución de problemas ha

sido otro de los ingredientes que ha obtenido una gran acogida en este tipo de programas de intervención, mejorando su eficacia y reduciendo la tasa de abandonos (Taylor y Biglan, 1998).

Por otro lado, existen también programas de entrenamiento vinculados a la *aproximación democrática o fundamentada en las relaciones interpersonales*, apoyada principalmente en teorías humanistas y adlerianas. Este enfoque hace hincapié en la comunicación familiar y en los procesos de interacción ocurridos entre los miembros de la familia.

Además, este abordaje teórico se nutre de ideas y ejemplos provenientes de otras fuentes teóricas, como de las teorías psicodinámicas y de sistemas familiares, de las que ha tomado importantes referencias para el desarrollo de sus programas, como el papel de las interacciones ocurridas dentro de la familia y el rol de las variables extrafamiliares y cognitivas en el mantenimiento de los problemas de conducta (Smith, 1996).

Fueron precisamente dos programas vinculados a la aproximación democrática o fundamentada en las relaciones interpersonales, -el *Systematic Training for Effective Parenting* (STEP), de Dinkmeyer y McKay, (1982) y el *Parent Effectiveness Training* (PET), de Gordon (1975)-, los protagonistas del auge vivido por los programas de entrenamiento para padres en la década de los 70 en EEUU, y unos de los principales impulsores del empleo de grupos en este tipo de intervención.

Los programas diseñados desde este enfoque toman elementos de diferentes suborientaciones teóricas dentro de la aproximación basada en las relaciones, y están diseñados para ser llevados a cabo durante 6-8 sesiones en pequeños grupos de padres, a los que se les proporciona materiales flexibles y fáciles de leer. Su objetivo principal es mejorar la comunicación dentro de la familia, basándose en la adquisición de habilidades como la escucha activa y los mensajes “yo”, aunque en ocasiones también comparten objetivos y técnicas conductuales, como la modificación del comportamiento negativo a través del empleo de consecuencias lógicas y naturales.

A continuación describiremos las dos orientaciones principales de la aproximación basada en las relaciones interpersonales y sus programas más representativos, el programa *Parent Effectiveness Training* (PET, 1975) de corte

humanista, y el programa *Children: the Challenge* (Dreikurs y Soltz, 1964), y el *Systematic Training for effective Parenting* (STEP, Dinkmeyer y McKay, 1976) de corte adleriano.

Siguiendo la tradición de Carl Rogers (Rogers, 1951; Rogers, 1961) y Thomas Gordon (Gordon, 1975), los programas de entrenamiento para padres de orientación humanista enfatizan la importancia de la empatía y de la cooperación entre padres e hijos en la resolución de los problemas emocionales e interpersonales. El foco de entrenamiento se centra en el aprendizaje de las estrategias humanas de relación que incluyen la escucha activa, los mensajes “yo” y un método denominado “no-perder” (*no-lose*), de resolución de conflictos, que implica la negociación de una solución satisfactoria para hijos y padres. El ejemplo clásico más importante de un programa humanista es el *Parent Effectiveness Training* (PET), de Thomas Gordon (1975).

Por otro lado, desde la filosofía de Alfred Adler (1930), los programas adlerianos se basan en la asunción de que todo comportamiento humano ocurre con una intención social. Su ideología se centra en la constelación familiar como una unidad total, en la que se conciben las necesidades de los miembros de la familia como necesidades de grupo y en la que cada miembro intenta “establecer” un lugar dentro de la estructura familiar.

Los objetivos principales de los programas de entrenamiento para padres basados en esta orientación persiguen que los padres: 1) entiendan la importancia del respeto y entendimiento mutuo; 2) incrementen la conciencia de la necesidad de vivir juntos de modo democrático y como iguales en la unidad familiar; 3) aprendan que el comportamiento es contextual, dirigido a un fin y orientado socialmente; 4) incentiven las conductas que desarrollen las relaciones de independencia, responsabilidad y de cooperación dentro de la familia; y 5) orienten a sus hijos a través del establecimiento de límites firmes, claros y consistentes.

La filosofía adleriana contiene dos programas representativos clásicos: el *Children: the Challenge* (Dreikurs y Soltz, 1964) y el *Systematic Training for Effective Parenting* (STEP, Dinkmeyer y McKay, 1976).

Por último, dentro de los *programas de intervención mixtos*, que combinan los principios básicos de los programas de tipo conductual y cognitivo-

conductual con ingredientes de la aproximación basada en las relaciones interpersonales, se incluyen programas como el *Parent and Children Series* (PACS), de Webster-Stratton (Webster-Stratton, Reid, Kazdin y Weisz, 2003), el *Parent and Children Training Series: The Incredible Years Training* (Webster-Stratton et al., 2003), que incorpora componentes de entrenamiento para niños (*Child Training Series*, conocido como el “*Dinosaur Curriculum*”) y para profesores (*Teacher Training Series*).

Según sus autores, la aproximación teórica de estos programas se emplazaría en un modelo de aprendizaje social que integraría algunos de los elementos centrales del modelo humanístico (Rogers, 1951). Webster-Stratton y Herbert (1993) incómodos con las implicaciones de la acepción literal del concepto de “entrenamiento” de padres, se decantan por encuadrarse en un “modelo de colaboración”, más que en un modelo de “experto”. El modelo de colaboración implica una relación de apoyo y no culpabilizadora entre padres y terapeuta, en la que el terapeuta sugiere y el padre posee un papel activo en el proceso de generación de soluciones a lo largo de la intervención.

Concretamente, un programa de este tipo, el *Parent and Children Training Series: The Incredible Years Training* (Webster-Stratton et al., 2003), emplea el modelado a través de la visualización de videos. Su objetivo a corto plazo es a) fortalecer las competencias de los padres a través del entrenamiento en habilidades de comunicación positiva, b) proporcionar técnicas de resolución de problemas y autocontrol, c) promover la fijación de límites consistentes, d) instaurar estrategias de disciplina no violenta y, e) reforzar la implicación con la escuela.

El *Basic Parents and Children Series* está diseñado para ser implementado de forma grupal en sesiones semanales de dos horas de duración durante un período de 12 a 14 semanas. El programa está constituido por una serie de vídeos que muestran una colección de 250 escenas planteadas para asistir a los padres en el aprendizaje de un compendio de habilidades, entre las que se incluye actividades de juego con el niño, elogio y refuerzo, empleo eficaz de límites, tiempo-fuera, técnica de ignorar y prevención de conflictos. Las viñetas ilustran situaciones de padres y madres interactuando con sus hijos de forma apropiada e inapropiada, y son presentadas por un terapeuta que está encargado de guiar la

sesión y de conducir el grupo, formado por aproximadamente 8-12 padres y madres.

Después de cada viñeta, el terapeuta abre un debate acerca de los contenidos más relevantes vistos en el video y anima a los padres a proporcionar ideas, a resolver problemas y a practicar ensayos conductuales en relación con las ideas visualizadas. Además, se proporcionan tareas para casa para que los padres tengan la oportunidad de practicar las habilidades aprendidas en el contexto natural, y poder discutir las en la siguiente sesión.

A medida que avanzan las sesiones se incentiva el apoyo entre los miembros del grupo a través de las “llamadas amigas” (*buddycalls*), en las que los padres que forman el grupo se llaman por teléfono entre sí para compartir experiencias.

El programa para niños *Child Training Series*, conocido como el “*Dinosaur Curriculum*” complementa el entrenamiento de padres. A través de cintas narradas por muñecos que estimulan la fantasía de los niños, las sesiones proporcionan una serie de contenidos centrados en el aprendizaje de reglas, habilidades de empatía, resolución de problemas, autocontrol, relación con iguales y refuerzo académico; que son reforzados a través de *role playing* y actividades cooperativas.

Por otra parte, el programa para profesores *Teacher Training Series* está diseñado para ser implementado en cuatro talleres llevados a cabo con una periodicidad mensual, en los que se tratan temas como la importancia de la atención del profesor, del elogio y de los mensajes de ánimo, la motivación a través de los incentivos, la reducción de la conducta inapropiada en el aula, la prevención de problemas, la construcción de una relación positiva con los niños difíciles, y modos de enseñar habilidades sociales y de resolución de problemas en la clase.

Precisamente, el presente estudio se ha basado en una aproximación mixta a la hora de diseñar las intervenciones con padres y maestros que se han implementado, ya que se introducen algunos de los componentes conductuales, cognitivo-conductuales y relacionales que se han descrito anteriormente.

CAPÍTULO 2



Avances en el conocimiento sobre el TDAH

2.1. Evolución histórica del TDAH

La visión del pasado

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el término actual con el que se conoce a un síndrome caracterizado por deficiencias atencionales, impulsividad y un elevado grado de actividad. El TDAH es un síndrome de tremenda actualidad, tan actual que parece nuevo, aunque es conocido y descrito desde hace ya casi un siglo.

Es uno de los trastornos más estudiados en psicopatología infantil, que ha recibido a lo largo de la historia otras denominaciones como consecuencia del creciente conocimiento del síndrome a lo largo del tiempo por parte de profesionales de distintas disciplinas. Se partió inicialmente de un enfoque médico y posteriormente aparecieron aproximaciones psicológicas, cognitivas, sociales y evolutivas que han ido enriqueciendo la comprensión de este polifacético problema.

Si nos remontamos al siglo XIX, el TDAH debería llamarse “enfermedad de Hoffman” en honor al médico alemán que en 1854 descubrió por primera vez un síndrome caracterizado por impulsividad, inquietud y bajo rendimiento. Pero la primera descripción sistemática de las características básicas del trastorno fue llevada a cabo por Still en 1902 (citado en Barkley, 1982). Este médico inglés observó que algunos niños que trataba a diario tenían problemas atencionales, manifestaban una excesiva actividad motora, conductas impulsivas y agresivas, y en definitiva carecían de “control moral”. Además, señaló como correlato de esta escasa capacidad para internalizar reglas, problemas como la tendencia a la mentira, el robo, los déficits atencionales, una acusada inmadurez, escasa sensibilidad al castigo, labilidad emocional y elevada frecuencia de leves anomalías físicas. Still argumentó que estos síntomas tenían un substrato físico y que no estaban causados por deficiencias intelectuales, por una educación inadecuada o por un ambiente familiar desestructurado, considerándolo como un trastorno crónico. Observó asimismo, que la incidencia era desproporcionadamente más alta en varones (3:1) y su opinión sobre las posibilidades de tratamiento fueron muy pesimistas, aconsejando que los niños con este trastorno debían ser institucionalizados a una edad temprana.

Por su parte, Tredgold (1914) describió en su libro “Mental Deficiency” a niños con problemas de conducta, a los que clasificaba como deficientes mentales, ya que no podían beneficiarse de la enseñanza ordinaria, aunque sí lo hacían con una atención individualizada. Este problema producía, según el autor, daños en el área del cerebro encargada del sentido moral, lo que a su juicio podría ser hereditario y dar lugar a síntomas como la hiperactividad, epilepsia e histeria.

La relación entre la clínica hipercinética y un defecto en el sistema nervioso central fue la corriente primordial durante la primera mitad del siglo XX. En este sentido fue importante la epidemia de encefalitis de 1917 que dejó como secuelas un cuadro clínico similar a lo que hoy conocemos como TDAH.

A finales de los años 30, Bradley (1937) descubrió el llamado “efecto de la calma paradójica”, que consistía en la mejoría de la conducta del niño hiperactivo gracias al tratamiento con medicación psicoestimulante al que era sometido. Este autor observó que estos niños sometidos a tratamiento con benzedrina mejoraban su conducta y su rendimiento comparados con los niños con hiperactividad y sin tratamiento. Este hallazgo propició que se considerara la hiperactividad como un síndrome esencialmente neurológico.

En la misma línea, Strauss y Lethinen (1947) consideraron que el trastorno hipercinético estaba provocado por una lesión cerebral exógena determinada por algún factor ajeno a la dotación genética del sujeto. El “síndrome Strauss” además de la hiperactividad incluía síntomas como impulsividad, labilidad emocional, perseveración, inatención y deficiencias perceptivas. La mayor aportación de estos autores fue la relativa al tratamiento de estos niños, proponiendo eliminar al máximo los estímulos distractores del ambiente y desarrollar un currículum académico individual.

Sin embargo, quienes llevaron a cabo una descripción más sistemática del TDAH fueron el psiquiatra infantil Laufer y el neuropediatra Denhoff (1957), considerando que los síntomas fundamentales del trastorno (hiperactividad, períodos cortos de atención, escasa concentración, impulsividad, dificultad para demorar las gratificaciones y dificultades escolares) estaban provocados por un defecto en las estructuras subcorticales del tálamo, mientras que la patología

secundaria del síndrome obedecía a una interacción entre factores biológicos y sociales.

Posteriormente, hacia los años 60, al observarse que la mayoría de los niños que padecían este trastorno no habían sufrido una lesión cerebral, se introdujo el concepto de disfunción cerebral como factor causal del TDAH. Clements (1966) definió la “disfunción cerebral mínima” como un trastorno de conducta y del aprendizaje que experimentan niños con una inteligencia normal y que parece asociado a disfunciones del sistema nervioso central. El trastorno quedaba caracterizado por síntomas tales como hiperactividad, desajustes perceptivo-motores, inestabilidad emocional, deficiencias de atención y coordinación general, impulsividad, trastornos de la audición y del habla, deficiencias de la memoria y del pensamiento, signos neurológicos menores y/o irregularidades electroencefalográficas, y dificultades específicas en el aprendizaje. En síntesis, bajo la etiqueta de disfunción cerebral mínima se encontraban niños que manifestaban dificultades en el aprendizaje, hiperactividad, inatención, impulsividad y dificultades sociales y emocionales.

Sin embargo, las comunidades médica y educativa adoptaron posturas diferentes, de manera que mientras la literatura médica aceptó el concepto de disfunción cerebral mínima, considerándola como un síndrome médico, la literatura educativa describía a los sujetos afectados como niños con dificultades en el aprendizaje. Desde el enfoque psicoeducativo, la falta de evidencia del síndrome médico junto con la asistencia generalizada de los niños a las escuelas y el impulso de los programas de educación especial en Norteamérica, contribuyó a la búsqueda de una definición más funcional que hiciera más hincapié en los aspectos comportamentales del problema. El TDAH pasó a caracterizarse como un trastorno del comportamiento en el que la actividad excesiva era el aspecto más destacable. Werry (1968) definió el TDAH como un grado de actividad motora diaria claramente superior a la normal en comparación a la de niños de sexo, edad y estatus socio-económico y cultural similar.

Este cambio de orientación en la conceptualización del TDAH se reflejó en el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968), la primera clasificación diagnóstica que incluía a este trastorno con el nombre de “reacción hiperkinética en la infancia y en la adolescencia”. Se consideró al trastorno como un fenómeno

esencialmente evolutivo, de inicio temprano y que se atenuaba en la adolescencia sin base orgánica.

Un paso más allá se da cuando Douglas (1972) resalta los aspectos cognitivos del trastorno argumentando que la deficiencia central de los niños hiperactivos no era el excesivo grado de actividad sino una insuficiente autorregulación de la atención y del impulso. Estos problemas debían presentarse desde la primera infancia y no ser causados por ambientes familiares caóticos. Quedaban excluidos niños con psicosis, lesión cerebral, retraso mental o deficiencias sensoriales. Además, las conductas debían manifestarse tanto en el hogar como en la escuela. En esta definición encontramos la primera especificación de la edad de inicio de los síntomas y su naturaleza transituacional, por lo que en su momento fue una de las definiciones más rigurosas del TDAH. Esta definición fue la que más se aproximaba a la postura taxonómica del DSM-III (APA, 1980), donde se introdujeron nuevos criterios para la definición del trastorno, denominándolo “déficit de atención con o sin hiperactividad”.

Posteriormente, la revisión del DSM-III publicada en 1987 (DSM-III-R, APA, 1987), presentaba un listado de 14 ítems, descriptivos de conductas de inquietud motora, impulsividad e inatención, exigiendo para el diagnóstico del TDAH que se cumplieran al menos 8 de ellos. A pesar de que la existencia del subtipo TDAH predominantemente inatento fue validada por algunos investigadores (Carlson, 1986), el DSM-III-R eliminó la posibilidad de distinguir subtipos. Este nuevo DSM agrupó todos los síntomas en un único subtipo, el denominado Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Una categoría adicional llamada “trastorno de déficit atencional no diferenciado” permitía incluir los trastornos de atención sin hiperactividad, aunque dentro de una categoría marginal. Además, el DSM-III-R ampliaba las posibilidades diagnósticas ya que permitía de forma explícita que el diagnóstico del TDAH se fundamentara, o bien en la información obtenida por los padres, o bien en la información obtenida de los profesores. Este planteamiento suscitó abundantes críticas de los clínicos e investigadores pues facilitaba la identificación de un grupo de niños excesivamente heterogéneo y favoreció las modificaciones que se introducirían en el siguiente manual diagnóstico.

Entrados ya en la década de los 90 y hasta la actualidad, uno de los términos para referirse a la causa del TDAH fue el de disfunción ejecutiva. Este término se utilizó como referencia a procesos que se veían involucrados en las siguientes capacidades: memoria de trabajo, planificación, autorregulación, secuenciación de la conducta, inhibición de respuestas, organización de la conducta y flexibilidad de pensamiento (Tannock, 1998).

Uno de los avances importantes en la categorización del trastorno fue la publicación del DSM-IV (APA, 1994). En él se distinguieron tres subtipos diferenciados de TDAH: un subtipo de TDAH con predominio de los síntomas de inatención, aplicable a los casos que cumplieran al menos seis de los nueve síntomas del apartado de inatención; un subtipo con predominio de los síntomas de hiperactividad/impulsividad, aplicable a los niños que presentan al menos seis de los nueve síntomas del apartado de hiperactividad/impulsividad; y un subtipo combinado de TDAH, para los casos en los que se cumplieran ambos criterios.

Así, a finales del siglo XX se mantiene el concepto de trastorno por déficit de atención con sus diferentes subtipos, persistiendo asimismo la idea del déficit inhibitorio como el síntoma principal del trastorno. Además, se rompe la barrera temporal para este diagnóstico, apareciendo una gran cantidad de investigaciones sobre la clínica y diagnóstico del trastorno por déficit de atención en la edad adulta (Riccio y cols., 2005).

La perspectiva actual

La perspectiva actual sobre el TDAH queda plasmada en el manual diagnóstico y estadístico DSM-IV-TR (APA, 2000) y en la clasificación Internacional de los Trastornos Mentales en su 10ª versión (ICD-10, WorldHealthOrganization: WHO, 1992).

En el Sistema de Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (ICD-10), la hiperactividad, denominada “Trastorno de la actividad y la atención”, queda comprendida dentro del grupo de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo en la infancia y la adolescencia, concretamente en el subgrupo de los trastornos hipercinéticos que contempla cuatro entidades diagnósticas diferenciadas: “el trastorno de la actividad y de la

atención”, el trastorno hiperkinetico-disocial”, “otros trastornos hiperkinéticos” y “el trastorno hiperkinético no especificado”.

Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su última versión (DSM-IV-TR, 2000), incluye el “trastorno por déficit de atención con hiperactividad” en el apartado de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, más concretamente en el grupo de trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, junto con el trastorno disocial y el trastorno negativista/desafiante. Es muy importante tener presentes las diferencias entre ambos sistemas diagnósticos para interpretar adecuadamente los resultados de las investigaciones.

Los dos sistemas diagnósticos muestran coincidencias esenciales en las tres características que consideran básicas del trastorno: 1. Déficit de atención, interpretado como un estilo conductual de cambio frecuente en las actividades; 2. Hiperactividad, entendida como exceso de actividad o movimiento en situaciones que requieren calma; y 3. Impulsividad, que hace referencia a un estilo de conducta demasiado rápido y precipitado. Coinciden también en la exigencia de mantenimiento de las conductas a través del tiempo y de distintas situaciones con desajustes clínicamente significativos en por lo menos dos contextos distintos.

Sin embargo, una característica específica del ICD-10 no compartida por el DSM-IV-TR es el hecho de que la presencia de otros trastornos representa siempre un criterio de exclusión. El DSM-IV-TR plantea la posibilidad de comorbilidad del TDAH con otros trastornos, de manera que la sintomatología no se contemplará como un trastorno diferenciado sólo cuando aparece en el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno psicótico o cuando es mejor explicada por la presencia de otro trastorno mental (ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o trastorno de la personalidad). Otra diferenciación importante entre los dos sistemas es que mientras el DSM-IV-TR mantiene la distinción de los tres subtipos de TDAH, según la ICD-10, sólo el subtipo combinado podría recibir el diagnóstico de TDAH, excluyendo el predominantemente inatento o el hiperactivo/impulsivo.

De acuerdo con el DSM-IV-TR (2000) la característica esencial del TDAH es un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es

más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar. Estos síntomas resultan inapropiados evolutivamente, se evidencian en características conductuales específicas, sus repercusiones son negativas en el desarrollo cognitivo, personal y social y dificultan el aprendizaje escolar y la adaptación general del sujeto.

Por tanto, para establecer un diagnóstico adecuado, el clínico debe estar familiarizado con los procesos normales de desarrollo y comportamiento, ser capaz de obtener información de los comportamientos del niño en diferentes ambientes y construir un adecuado diagnóstico diferencial con esta información.

En el cuadro 1 se presentan detalladamente los criterios diagnósticos del TDAH según el DSM-IV-TR (2000) por ser los empleados en la presente investigación.

A pesar de los cambios terminológicos y el diferente énfasis que se ha dado a manifestaciones concretas del trastorno a lo largo del tiempo, los síntomas que se han considerado fundamentales en el trastorno no han sufrido apenas cambios. Sin embargo, aunque la clasificación actual del TDAH y sus subtipos en el DSM-IV-TR se sustenta sobre la base de una investigación muy rigurosa, quedan aún algunas controversias.

En relación al criterio A que concede el mismo peso a cada síntoma a la hora de tomar decisiones diagnósticas, hay trabajos que demuestran que, ya sea en función del evaluador, de la edad, del sexo o incluso de aspectos culturales, los síntomas/ítems pueden tener un peso diferente para el diagnóstico del TDAH (Achenbach, 2005; Power, Costigan, Leff, Eiraldi, y Landau, 2001).

Por otro lado, no deja de ser paradójico que un trastorno del neurodesarrollo como es el TDAH tenga criterios fijos y categóricos independientemente de la edad y del género. Ciertamente, las manifestaciones del TDAH son distintas en un niño, en un adolescente o en un adulto, o en niños y niñas (Bauermeister et al., 2007); sin embargo, eso no se tiene en cuenta. Existen, en este sentido, algunos trabajos en nuestro medio para normalizar puntos de cortes de las escalas, teniendo en cuenta, además, los factores socioambientales que pueden influir en los síntomas dentro de una perspectiva del desarrollo (Servera y Cardo, 2007).

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

<p>A. Existen 1 ó 2:</p> <p>(1) Seis (o más) de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p>Desatención:</p> <p>(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades</p> <p>(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas</p> <p>(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente</p> <p>(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)</p> <p>(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades</p> <p>(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)</p> <p>(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)</p> <p>(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes</p> <p>(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias</p> <p>(2) Seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:</p> <p>Hiperactividad.</p> <p>(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento</p> <p>(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado</p> <p>(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)</p> <p>(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio</p> <p>(e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor</p> <p>(f) a menudo habla en exceso</p> <p>Impulsividad:</p> <p>(g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas</p> <p>(h) a menudo tiene dificultades para guardar turno</p> <p>(i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)</p> <p>B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.</p> <p>C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).</p> <p>D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.</p> <p>E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).</p> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado. Si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses. - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención. Si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses. - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses <p>Nota de codificación. En el caso de sujetos (en especial adolescentes y adultos) que actualmente tengan síntomas que ya no cumplen todos los criterios, debe especificarse en "remisión parcial".</p>

Respecto a la categorización en subtipos, todavía no existe consenso en la comunidad científica en cuanto a la tipificación y se cuestiona incluso la existencia de alguno de ellos, como el hiperactivo/impulsivo (Nigg, Willcutt, Doyle y Sonuga-Barke, 2005). Algunos sujetos que en un primer estadio del trastorno presentaban el tipo con predominio de déficit de atención o el tipo con predominio hiperactivo-impulsivo pueden llegar a desarrollar el tipo combinado y viceversa. En la interesante revisión de Baeyens et al. (2006) se concluye que sólo en el nivel de diagnóstico clínico se hacen diferencias claras en los ámbitos cognitivo, social, académico o conductual entre TDAH combinados y TDAH inatentos (ya casi da por hecho que el subtipo hiperactivo-impulsivo queda reducido a la edad preescolar, con previsible evolución hacia el combinado).

En relación al criterio B, referido a la edad de inicio de los síntomas, Barkley (2009) es contrario a que haya un punto de corte, y menos tan bajo pues en muchos casos, los síntomas del TDAH pueden no ser evidentes antes de los 7 años, edad en la que la exigencia escolar los pone de manifiesto. Además, según el autor, en muchas ocasiones no se disponen de datos suficientes que delimiten claramente cuáles son los síntomas del TDAH en preescolares y a esto se añadiría la dificultad de recordar los síntomas retrospectivamente en adolescentes o adultos.

Por último, en relación al último criterio que señala que el trastorno no se explica mejor por la presencia de otros trastornos, existen controversias respecto al diagnóstico diferencial del TDAH con el retraso mental, al coexistir en muchos niños ambos trastornos (Fernández, 2006). Es importante delimitar en estos casos la edad mental de desarrollo y los niveles de atención, hiperactividad e impulsividad asociados. Es cierto que inicialmente se aceptaba que sólo las formas idiopáticas se debían clasificar como TDAH. Sin embargo, actualmente se plantea cómo deberíamos clasificar a aquellos pacientes con otros diagnósticos (por ejemplo con secuelas de traumatismos craneoencefálicos o síndrome alcohólico fetal), cuyos síntomas principales son los mismos del TDAH y responden al tratamiento con psicoestimulantes.

Planteamientos Futuros

Desde el año 1999 en base a los resultados de las investigaciones y a la experiencia clínica, varios grupos de trabajo de la Asociación Americana de Psiquiatría comenzaron a valorar los puntos fuertes y débiles que presentaban los criterios actuales del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV), para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y otros trastornos. En febrero de 2010 se publicó el primer borrador del futuro DSM-V, que está programado para ser publicado en el 2013. A continuación describiremos las novedades que se introducen para el TDAH siguiendo la propuesta publicada en mayo de 2010 en la página web www.dsmv.org.

En esta nueva propuesta diagnóstica, el TDAH se incluye dentro de una nueva categoría denominada “Trastornos del Neurodesarrollo”, junto a los trastornos del desarrollo intelectual, los de la comunicación, el trastorno del espectro autista, los trastornos del aprendizaje y los trastornos motores, diferenciándola por tanto de otros trastornos puramente conductuales, como el Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno Disocial(TD) y enfatizando su base neurológica y evolutiva.

En la definición del trastorno se continúa enfatizando la importancia de que el patrón conductual y cognitivo característico esté presente en los diferentes contextos naturales en los que el sujeto se desarrolle. Así, en niños y adolescentes recomienda que el diagnóstico se base en la información obtenida por padres y maestros. Para adolescentes y adultos también recomienda la obtención de información por parte de terceros siempre que sea posible.

En cuanto a los síntomas centrales del trastorno, se mantiene la tríada y los listados de ítems descriptivos del trastorno, diferenciando entre las dificultades atencionales por un lado, y de hiperactividad/impulsividad por otro. Continúa siendo un único listado de síntomas sin diferenciación por edad, aunque se realiza un esfuerzo por ejemplificar cada síntoma para niños, adolescentes mayores o adultos.

Concretamente, en el apartado de inatención se mantiene el listado conocido de 9 síntomas del DSM-IV-TR, pero diferenciando y concretando de forma más específica las dificultades propias de la etapa escolar, de la

adolescencia y/o de la vida adulta. Así, en el ítem (b) *“a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego”*, que sería una dificultad más típica en niños, para adolescentes y/o adultos especifica: *“tiene dificultad para permanecer centrado en conferencias, conversaciones o leer textos largos”*.

Otro ejemplo sería el ítem (e) *“a menudo tiene dificultades para organizar tareas o actividades”*, que en el caso de adolescentes mayores y/o adultos sería *“tiene dificultad para gestionar tareas secuenciales, mantener los materiales y pertenencias en orden. El trabajo es sucio y desorganizado. Tiene mala gestión del tiempo y tiende a no cumplir los plazos de entrega”*. En esta misma línea, el ítem (f) que señala *“el niño evita participar en tareas que requieren esfuerzo mental sostenido como trabajos escolares”*, para adolescentes mayores y adultos concreta *“como en la preparación de informes, rellenar formularios o la revisión de informes largos”*. En el ítem (g) que señala *“con frecuencia pierde objetos necesarios para las tareas o actividades como por ejemplo lápices, libros o herramientas”*, para adolescentes mayores y/o adultos concreta ejemplos más apropiados como *llaves, cartera, papeles, gafas o teléfonos móviles*. En el ítem (h) *“a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes”*, para adolescentes mayores y adultos concreta *“pueden incluir pensamientos no relacionados”*. Por último, en el ítem (i) que señala *“a menudo es olvidadizo en la actividades diarias, tareas y recados”*, para adolescentes mayores y adultos concreta *“es olvidadizo para hacer llamadas, pagar facturas y acudir a citas”*.

En relación al apartado de síntomas de hiperactividad-impulsividad, se amplía el número de síntomas relacionados con dificultades para controlar el impulso, de 3 a 7 ítems, pasando a reunir un total de 13 ítems. Muy posiblemente este cambio se produce como consecuencia de los resultados de investigaciones en el campo del TDAH que han destacado repetidamente el papel central de los problemas relacionados con la inhibición, el control de los impulsos y la aversión a la demora (Barkley, 2009). La versión actual no refleja esta conceptualización del trastorno, dedicando, por el contrario, el 65% de su lista a los síntomas de hiperactividad, y sólo tres síntomas a la inhibición pobre y, en buena medida, la inhibición verbal.

Concretamente, en la propuesta para el DSM-V, los nuevos síntomas relacionados con la inhibición son el (j) *“tiende a actuar sin pensar, como iniciar*

tareas sin la preparación adecuada, evitar leer o escuchar las instrucciones. Puede hablar sin tener en cuenta las consecuencias de lo que dice o tomar decisiones importantes movido por el impulso del momento como comprar artículos impulsivamente, renunciar al trabajo o romper una amistad”; el (k) “es a menudo impaciente, se muestra inquieto cuando espera su turno, o en un atasco de tráfico y tiende a cometer exceso de velocidad durante la conducción”; el (l) “se siente incómodo realizando actividades con calma, de manera sistemática y a menudo se precipita en las actividades o tareas” y por último el (m) “considera que es difícil resistirse a las tentaciones y oportunidades incluso si esto significa tomar riesgos. Un niño coge los juguetes de un estante de la tienda o juega con objetos peligrosos; un adulto se compromete en una relación al poco tiempo de conocer a la persona, o acepta un trabajo o un acuerdo de negocios sin hacer las debidas diligencias”

De acuerdo con Barkley (2009), la investigación demuestra que hay una redundancia considerable en las listas de síntomas de inatención y de hiperactividad-impulsividad como para cuestionarse la necesidad de dos listados de síntomas tan numerosos. Ningún otro trastorno tiene una lista de síntomas tan larga, y es muy poco probable que sea fundamental para el diagnóstico de este trastorno.

Otra novedad que está siendo muy criticada, es la relacionada con la reducción del número de síntomas requerido para el diagnóstico. Se propone un cumplimiento diferente en función de la etapa evolutiva en la que se encuentre el sujeto. Así, para niños se mantiene la exigencia de 6 síntomas durante al menos seis meses, mientras que para adolescentes mayores y adultos (mayores de 17 años), se reducen a cuatro síntomas los necesarios para el diagnóstico. Este cambio obedece a los resultados de varios estudios de muestras de adultos, en los que se puso de manifiesto que cuatro síntomas de cada lista o un total de siete síntomas funcionaban bien a la hora de identificar a aquéllos que son inadecuados al momento de desarrollo (Barkley, Murphy y Fischer, 2008; Kooij et al., 2004). Estos mismos estudios encontraron que seis síntomas en cualquier lista representaban un percentil tan extremo para los adultos que sólo unos pocos cumplirían dichos criterios (percentil 99). Usar un umbral fijo implica negar el curso evolutivo del TDAH a lo largo del ciclo vital y ésta es una forma de adaptación de los criterios de la infancia a lo largo del desarrollo, aunque criticada por el posible aumento en el diagnóstico de falsos positivos.

En relación a los subtipos, el combinado se mantiene y representa el TDAH tal como ha sido conceptualizado por los investigadores y los médicos durante al menos los 40 años anteriores, y en el que se cree que coexisten los síntomas de déficit de atención, impulsividad e hiperactividad (Barkley, 2009). El subtipo predominantemente inatento de la versión actual, en la propuesta para el DSM-V se matiza en dos subtipos diferenciados. Uno de ellos denominado “presentación de falta de atención restrictiva”, aplicable cuando el sujeto cumple con los criterios de inatención, y no más de dos síntomas del subapartado de hiperactividad/impulsividad; y otro denominado “presentación predominantemente inatento” cuando el sujeto cumple con los criterios de inatención, y entre 3 ó más de los síntomas de hiperactividad-impulsividad (sin llegar a 4 síntomas en el caso de adolescentes y adultos ni a 6 síntomas en el caso de niños). Este subtipo se aplicaría a aquellos casos conceptualizados como formas más leves del tipo combinado o bien a aquellos niños que recibieron el diagnóstico de TDAH-subtipo combinado en la edad escolar y que en su normal evolución en la adolescencia y/o vida adulta disminuyeron de forma significativa la sintomatología hiperactiva (Barkley, 2009).

Una última novedad, fuente de controversia y polémica es la propuesta de elevar la edad requerida de inicio de la sintomatología de falta de atención o hiperactividad-impulsividad de los 7 a los 12 años. Expertos de reconocido prestigio en el tema (Barkley, 2009; Faraone et al., 2006) apoyan la supresión de una edad de inicio precisa de los criterios diagnósticos en base a los resultados de algunas de sus investigaciones con adultos (Barkley et al., 2008; McGough y Barkley, 2004). Estos estudios señalan que aproximadamente la mitad de todos los adultos remitidos a consulta que cumplían todos los demás criterios para el TDAH informó de un inicio de los síntomas a la edad de 7 años o más adelante. Estos mismos estudios encontraron que el 99% de todos los adultos y el 100% de todos los niños que cumplían todos los demás criterios para el TDAH, a excepción del de la edad de inicio, tuvieron un inicio de los síntomas antes de los 16 años de edad. Por el contrario, a nuestro entender, es incoherente e innecesario ampliar de los 7 a los 12 años la edad de inicio de los síntomas, teniendo en cuenta que es un trastorno del desarrollo con un componente genético sustancial y por tanto presente desde el nacimiento. Sin embargo, estamos de acuerdo con la psiquiatra Allen Frances, la que fuera jefe del Grupo de Tareas del

actual DSM-IV, que defiende contrariamente que con esta ampliación, en lugar de restringir el diagnóstico a los niños que verdaderamente sufren el trastorno, posiblemente se pasará a incluir a aquellos que sufren de dificultades similares fruto de otras causas, más de tipo ambiental o puramente educativas. La aplicación de este criterio, pensamos puede ampliar el diagnóstico de falsos positivos y hace todavía más necesario que el clínico, además de conocer y aplicar los criterios propuestos, base su diagnóstico en una exhaustiva historia clínica del caso, así como en pruebas neuropsicológicas de atención y control del impulso.

Otro cambio sustancial es permitir el diagnóstico basado sólo en la presencia de síntomas, no requiriendo discapacidad. Así, el criterio D que en el actual manual señala la necesidad de que se existan pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad académica, social o laboral, en la propuesta para el DSM-V el criterio reduce el grado de afectación a una mera interferencia o reducción de la calidad del funcionamiento social, académico u ocupacional.

Finalmente, otra novedad muy polémica es permitir el diagnóstico de TDAH en presencia de Autismo, al eliminarse este trastorno del criterio E, que mantiene la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial con otros trastornos como la esquizofrenia y otros trastornos mentales.

Aunque por el momento es sólo una propuesta, pensamos que algunas de las novedades que se han introducido para el DSM-V deben ser revisadas pues podrían incrementar de forma significativa el sobrediagnóstico en adolescentes y adultos.

2.2. Etiología

En la actualidad todavía no existe un marcador biológico o neuropsicológico para el TDAH y los manuales diagnósticos no han alcanzado a ir más allá del intento de precisar un fenotipo conductual que permita avanzar en la investigación y el abordaje terapéutico. Los síntomas son la expresión conductual, asequible a la observación sistematizada, de un déficit en el funcionamiento cognitivo. Sin embargo, no ha sido posible hasta el presente alcanzar un consenso en este campo (Artigas, 2009).

Podemos distinguir claramente dos estrategias para entender y explicar el TDAH, en absoluto opuestas, pero con diferente desarrollo: los factores etiológicos y los modelos teóricos. Aunque hoy en día tengamos conciencia de que el TDAH es una dimensión psicopatológica compleja y difícil de reducir a un número limitado de factores, ha habido más propuestas centradas en los factores etiológicos que en modelos teóricos estructurados.

Los modelos teóricos de los años setenta, ochenta y noventa, aun intentando abarcar dicha complejidad, también presentan limitaciones. La publicación en 1997 de la obra *“ADHD and the nature of self-control”*, de Russell A. Barkley (1997a), supuso, a nuestro juicio, un cambio importante en esta situación; como veremos a continuación, no tanto porque dé una solución definitiva al tema, cosa muy difícil obviamente, sino porque realiza un claro esfuerzo integrador entre las dos vías de investigación mencionadas y consigue un marco global en donde la conceptualización, la explicación, la evaluación y el tratamiento del TDAH van de la mano. Desde luego también ha generado cierta polémica y le quedan bastantes aspectos que desarrollar, pero actualmente es el marco de trabajo fundamental para cualquier experto en TDAH.

A continuación, analizaremos los factores etiológicos que se han descrito en la literatura sobre el tema, que incluyen los factores biológicos y los ambientales o psicosociales. Posteriormente, revisaremos ampliamente el modelo de Barkley y brevemente otros de los modelos explicativos más estudiados y que mayor validez empírica han demostrado en el ámbito del TDAH.

2.2.1 Factores etiológicos del TDAH

La causa del TDAH es heterogénea y multicausal. Podríamos decir que nunca se encuentra un único factor etiológico que explique el síndrome; por el contrario, los factores implicados son varios y numerosos. En todo caso, los estudios actuales se decantan hacia aceptar la combinación e interacción de múltiples factores (Biederman y Faraone, 2005; Guía de Práctica Clínica del SNS, 2010).

Se ha descrito una gran variedad de factores causales del TDAH en la literatura sobre el tema, que incluyen los factores biológicos y los factores relacionados con el entorno social-afectivo (Mabres, 2012). Todos los avances en el conocimiento sobre los factores causales deben interpretarse con cautela, ya

que pueden informar sobre la parte funcional del problema pero no establecen la causa real. A este respecto, Nigg (2006), considera más apropiado hablar en términos de mediación que de causalidad.

Los trastornos complejos, como el TDAH, no parecen tener una causa única, por lo que es necesario considerar la interacción de factores biológicos y psicosociales, integrando los mecanismos biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Se trata de un trabajo duro y con unos costes difíciles de afrontar para los equipos de investigadores, tanto económicos como de tiempo y esfuerzo. Es quizá por estas dificultades que en la literatura del TDAH se encuentren sobre todo trabajos limitados a un único nivel y ser una de las causas de la falta de consenso en los resultados de estas investigaciones.

Factores Biológicos

En los últimos años se ha intensificado de forma muy importante la investigación neurobiológica sobre el TDAH, pero la hipótesis de que existe una base neurobiológica en la enfermedad no es nueva ni mucho menos; al contrario, prácticamente en todo momento de la evolución histórica del TDAH el sustrato orgánico se ha considerado como principal.

Entre los factores biológicos más importantes podemos citar los genéticos, las deficiencias neuroquímicas, los aspectos anatómicos y funcionales y las complicaciones prenatales y perinatales.

Factores genéticos

Tanto los investigadores como los clínicos han observado reiteradamente que el TDAH tiene un componente genético sustancial. La mayoría de los niños hiperactivos tienen algún pariente afectado en mayor o menor medida por el mismo trastorno. Los estudios de familias, gemelos y adopciones así lo indican, señalando que una proporción significativa del trastorno es debida a factores genéticos, con un porcentaje de heredabilidad del 0.5 al 0.9 (Faraone y cols., 2005).

Estudios realizados con familias en las que hay un hijo con TDAH confirman la alta prevalencia de este trastorno cuando alguno de los padres lo padece. Concretamente, el riesgo de padecer TDAH cuando los padres lo

presentan es de 6 a 8 veces superior que las familias de la población general (Friedman, Chhabildas, Budhiraja, Willcutt y Pennington, 2003).

De la misma forma, en los estudios realizados en familias con adopciones se comprobó que entre estos familiares existe un riesgo mayor de tener TDAH cuando son hermanos biológicos (18%) frente a los hermanos adoptivos (6%) (Sprich, Biederman, Crawford, Mundy y Faraone, 2000).

Los estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos también apoyan la idea de que el TDAH se transmite genéticamente, encontrando que existe una correlación mayor entre gemelos monocigóticos (51%) frente a los gemelos dicigóticos (33%) (Martínez-León, 2006).

Todos estos resultados ponen de manifiesto la importancia de los factores genéticos en el desarrollo del TDAH. Diferentes investigaciones han señalado que se trata de un trastorno de herencia poligénica, por lo que múltiples genes contribuyen al fenotipo del mismo (Faraone y cols., 2005; Jain, Vélez, Acosta y Palacio, 2011). Los principales genes encontrados son los relacionados con el sistema dopaminérgico, el noradrenérgico y serotoninérgico. El sistema dopaminérgico es el encargado de regular las funciones ejecutivas, el control motor y los mecanismos que median en la motivación y la satisfacción, creyéndose que la alteración genética podría encontrarse a este nivel (Díaz-Heijtz, Mulas y Forssberg, 2006). Los genes que más se han estudiado en este sistema son el receptor 4 de la dopamina (DRD4), el receptor 5 de la dopamina (DRD5), el receptor 2 de la dopamina (DRD 2) y el transportador DAT de dopamina (gen SLC6A3). Por otro lado, en el sistema noradrenérgico, se han estudiado los receptores ADRA2A, ADRA2C, ADRA1C y el transportador de norepinefrina. Igualmente se ha investigado el sistema serotoninérgico, más concretamente los receptores de serotonina HTR1B y HTR2A, el transportador de serotonina y la triptófano hidroxilasa (Acosta, 2007).

Los avances realizados en la investigación genética todavía son insuficientes pues aún no se ha demostrado que ninguno de estos genes alterados sea suficiente como para causar el trastorno. Actualmente no existe una explicación determinante ni definitiva de tipo genético que explique la presencia del trastorno en todos los casos de TDAH.

En síntesis, los estudios en esta área han mostrado evidencia que valida la asociación entre determinados genes y el fenotipo conductual del TDAH. Se reconoce que lo que se hereda en el trastorno es una predisposición-fragilidad básica manifestada en la presencia de uno o más déficits cognitivos, conductuales o emocionales primarios, comunes a los sujetos ligados a la variante genética afectados (Trujillo, Ibáñez y Pineda, 2012).

Así, los genes implicados en el TDAH condicionarían la configuración y el funcionamiento de diferentes estructuras cerebrales, las cuales a su vez, se expresarían, en un primer momento, a través de mecanismos cognitivos, que se traducirían finalmente en diferentes patrones de conducta; el ambiente psicosocial facilitaría o interferiría cualquiera de estos niveles (Fernández, Martín, Calleja, Muñoz y López, 2012).

Deficiencias neuroquímicas

Diferentes estudios han tratado de investigar las causas bioquímicas de este trastorno, hipotetizando que un desequilibrio o deficiencia de determinados neurotransmisores podría ser la causa de los problemas que se dan en los niños con TDAH. Paralelamente a los avances genéticos, los transmisores cerebrales más estudiados han sido la dopamina, la noradrenalina y la serotonina.

La hipótesis explicativa más estudiada señala que el déficit se encuentra en el funcionamiento de las vías dopaminérgicas de la región prefrontal y en el sistema límbico (Del campo y cols., 2011). Otras teorías defienden que son los déficits en el sistema noradrenérgico los causantes del trastorno por su papel en la modulación de ciertas funciones corticales y algunas funciones ejecutivas (Del campo y cols., 2011; Song, Jhung, Song y Cheon, 2011). A su vez, se ha investigado el sistema serotoninérgico de los niños con TDAH, y aunque se ha podido comprobar que el tratamiento con psicoestimulantes también actúa sobre el transportador de serotonina, los datos encontrados por el momento son contradictorios (Kent et al, 2002; Zoroglu et al., 2003).

Aspectos anatómicos y funcionales.

Las investigaciones sobre el funcionamiento cerebral anormal de ciertas áreas del cerebro en sujetos con TDAH han ido en aumento. Las técnicas de neuroimagen han permitido conocer la morfología cerebral de los niños con

TDAH y algunas hipótesis explicativas apuntan que diversas estructuras cerebrales podrían estar implicadas en la etiopatogenia del TDAH.

Estudios realizados mediante resonancia magnética cerebral han apoyado la hipótesis que centra en el cortexprefrontal la explicación de la sintomatología del TDAH (Arnsten, 2009; Edmond, Joyal y Poissant, 2009; Rubia et al., 2010). Concretamente han encontrado una reducción en el tamaño del lóbulo frontal anterior y otras estructuras relacionadas, específicamente, las situadas en el hemisferio derecho, en niños con TDAH. Otros estudios, han encontrado una hipofunción en el cortexcingulado dorsal anterior (Bush, Valera y Seidman, 2005; Edmond et al., 2009). Igualmente, los análisis de imágenes cerebrales de investigaciones recientes también han encontrado implicaciones en el cerebelo y el cuerpo calloso en la etiología del TDAH (Castellanos et al, 2002; Cherkasova y Hetchman, 2009; Edmond et al., 2009; Silk, Vance, Rinehart, Bradshaw y Cunnington, 2009). Las variaciones en el tamaño del cuerpo calloso y el menor número de neuronas que comunican los dos hemisferios, podrían estar asociados con algunos de los síntomas propios del trastorno (Spencer et al., 2007).

Sin embargo, modelos cognitivos recientes (Henríquez, Zamorano, Rothhammer y Aboitiz, 2010), abogan por una alteración más difusa. Concretamente, la localizan en los circuitos estriado-tálamo-corticales implicados en la regulación sensoriomotora, cognitiva y emocional de la conducta.

Brevemente, estos circuitos constituyen una serie de vías paralelas que comunican bidireccionalmente la corteza y los centros subcorticales. Estas vías se encontrarían segregadas en tres áreas funcionales principales: a) *área sensorial y motora*: compuesta por el estriado dorsal (putamen) y sus vías hacia las cortezas motora y promotora; b) *área asociativa*: compuesta por el caudado dorsal y sus proyecciones hacia la corteza prefrontal y c) *área límbica*: constituida por el estriado ventral (núcleo *accumbens* porciones ventrales del caudado y el putamen) y sus conexiones hacia la corteza prefrontalorbitomedial. Además, estos modelos consideran que las vías funcionales implicadas pueden ser afectadas por el medio ambiente y la sociabilización durante el desarrollo, e interactuar entre sí, modificando la presentación clínica del TDAH.

Las investigaciones realizadas hasta el momento en relación a las estructuras neuroanatómicas y funcionales relacionadas con el TDAH no son

concluyentes pues los patrones de alteración y/o funcionamiento neurológico no se dan en todos los casos de TDAH. Prueba de ello es el hecho de que no exista actualmente una prueba diagnóstica del TDAH de tipo neurológico.

Complicaciones prenatales y perinatales

Entre los factores biológicos no genéticos que se han señalado como causas del TDAH destacan las complicaciones prenatales y las perinatales aunque ninguno de ellos se ha observado que sea imprescindible ni suficiente para explicar por sí solo la mayor parte de los casos.

Uno de los factores que más se ha relacionado ha sido el embarazo y el parto y las complicaciones derivadas de éstos, como por ejemplo, la exposición de la madre a agentes químicos, preclamsia, parto pretérmino, bajo peso al nacer, etc. (Shum, Neulinger, O'Callaghan, y Mohay, 2008; Heinonen et al., 2010). Otros factores considerados como factores de riesgo para el trastorno son el consumo de tabaco y alcohol durante el embarazo, existiendo un riesgo 2,5 veces mayor de presentar TDAH en los niños de madres fumadoras durante el embarazo frente a los controles sanos (Froehlich y cols., 2009; Knopik, 2006). Otros agentes asociados serían el estrés perinatal y complicaciones durante el parto como por ejemplo la anoxia (Bock y Braun, 2011; Roca y Alemán, 2000).

Factores relacionados con el entorno social-afectivo

Los factores de tipo ambiental que se han visto implicados en la explicación de la posible etiopatogenia del TDAH son múltiples y variados, aunque a la luz de las investigaciones, ninguno de ellos se ha observado que sea imprescindible ni suficiente para explicar por sí solo la mayor parte de los casos. Los factores psicosociales determinan más un riesgo psicopatológico general que un riesgo concreto para determinadas patologías mentales.

Las interacciones que se dan entre las dificultades biológicas tempranas y los factores psicosociales juegan un papel muy importante en el moldeamiento de cualquier psicopatología del desarrollo, donde se incluyen los trastornos atencionales (Spencer et al., 2007).

A continuación describiremos algunos factores considerados como de protección o de riesgo para el desarrollo del TDAH agrupados en los factores sociales, los familiares, los educativos y los nutricionales.

Aunque no se ha establecido una relación causal entre los modos de vida y el TDAH, a nadie se le escapa que la sociedad actual muestra una serie de cambios en los patrones de educación y familiares de los niños con respecto a tiempos pasados que nos llevan a funcionar de manera hiperactiva, una manera de hacer tan normalizada como extendida y que por lo tanto, se va transmitiendo generacionalmente de forma indiscriminada (Segú, 2012).

Una sociedad en la que siempre tenemos prisa, en la que lo que prevalece es el éxito profesional y/o social, que en muchos casos es sinónimo de éxito personal. Unas estructuras familiares que tienen fisuras y una de ellas es la tan comentada dificultad para conciliar la vida profesional y familiar (Segú, 2012). Los dos padres suelen trabajar fuera de casa y pasan gran parte del día sin poder realizar la supervisión necesaria que requiere la educación de los hijos, máxime cuando estos niños tienen una dificultad añadida condicionada por un TDAH, que les interfiere con el manejo de normas y límites. Es frecuente que una parte importante de la educación y cuidado de estos niños se delegue en terceras personas como cuidadores externos, ya sean de la familia o de fuera de ella; cuando llegan los padres están muy cansados para implantar unas normas o se satisface un sentimiento de culpa por el cual permiten que éstas sean más laxas en virtud de un intento de compensación por el tiempo no compartido.

Recientemente, se ha publicado una guía de práctica clínica sobre el TDAH realizada por la Fundación Eulàlia Torras de Beà, a partir de la integración de un enfoque psicodinámico y de la práctica clínica (Mabres, 2012). Aunque parte de un enfoque o visión de la psicopatología del desarrollo, que entiende que no hay un único factor que explique o cause las dificultades propias de un niño con TDAH, sino un efecto acumulativo de múltiples variables, personales y ambientales, enfatiza la base psicológica del trastorno.

Concretamente, da una especial atención a las interacciones tempranas establecidas entre el niño y su entorno. Según Miró (citada en Torras, 2007), *“la compleja interacción entre la dotación del recién nacido y la conducta específica de los cuidadores, incluyendo la conducta intrusiva, la que descuida o la sobre o infraestimulación, saca a la luz, en estos casos, la reactividad e hipersensibilidad del niño”*. Además, señalan que la atención es una función notablemente compleja que se desarrolla en un contexto relacional específico y está influida por factores

genéticos, intercambios emocionales primitivos, temperamento y microtraumas (Mabres, 2012).

Tampoco podemos obviar la influencia de la escuela en el desarrollo del niño, y que como la familia, no puede desprenderse de las exigencias, los ritmos, el dinamismo constante de la sociedad de pertenencia (Segú, 2012). Las escuelas parece que se están transformando en meros transmisores de conocimiento olvidando el concepto de “centros educativos” o de centros de formación en valores. Esto es debido por un lado a los cambios sociales, pero también, de forma importante a los cambios legislativos, que cada vez van reduciendo más la capacidad e influencia del maestro y de la escuela y sin embargo, paradójicamente, las familias cada vez delegan más en ellos, lo que propiamente sólo ellas pueden y deben ejercer.

Continuando con otros factores psicosociales que modulan la aparición del trastorno, encontramos los relacionados con los medios urbanos desfavorecidos. Los ambientes de pobreza, malnutrición, exclusión social, malos cuidados pre y postnatales, problemática familiar (incluido consumo de alcohol y drogas) y la violencia en el hogar, favorecen la aparición de los síntomas y contribuyen a su desarrollo y mantenimiento (Cubero, 2006).

En esta línea, se ha relacionado el trastorno con deficiencias nutricionales, como falta de zinc o hierro. La ferropenia produce un defecto en la transmisión dopaminérgica en niños con el trastorno y el tratamiento con hierro podría ser beneficioso para estos (Konofal, Lecendreux, Arnulf y Mouren, 2004). También se han asociado ciertos tóxicos ambientales como algunos metales pesados como el mercurio, arsénio, aluminio, plomo y cadmio, observándose niveles sanguíneos más altos en los niños con TDAH (Cheuk y Wong, 2006).

2.2.2 Modelos etiológicos para el TDAH

Los modelos cognitivos que se debaten actualmente oscilan entre modelos de déficit único y modelos duales o de déficit múltiple. En el primer caso, se presupone que la baja eficiencia de un mecanismo cognitivo básico puede, por sí misma, explicar todas las manifestaciones ligadas al TDAH. Si existen otras disfunciones cognitivas, éstas serían subsidiarias del déficit nuclear. Los modelos

de déficit múltiple, por el contrario, implican la interacción de varios aspectos cognitivos sin un origen único.

Primeros modelos explicativos del TDAH. Modelos de déficit único

En general, los modelos etiológicos planteados durante la década de los noventa pueden agruparse en torno a dos grandes hipótesis acerca de los mecanismos neurocognitivos implicados en el TDAH. Dichas hipótesis se consideraron inicialmente como antagónicas, y son la hipótesis cognitiva y la hipótesis emocional.

Modelos basados en la hipótesis cognitiva

Los modelos basados en la hipótesis cognitiva plantean que las alteraciones neuroanatómicas y neurofuncionales de los pacientes con déficit atencional se traducirían en la desregulación del control cognitivo del comportamiento, mecanismo que mediaría y explicaría por completo la sintomatología del TDAH. En términos concretos, esta desregulación de los procesos de control cognitivo se expresaría como déficit en una o varias funciones ejecutivas superiores. Dichas funciones engloban procesos cognitivos de orden superior que permiten la persistencia del comportamiento orientado a la consecución de un objetivo, y la regulación de éste frente a eventuales cambios del medio interno o externo (Pennington y Ozonoff, 1996). Entre estas funciones se encuentran la memoria de trabajo, la atención y la función ejecutiva inhibitoria.

La *teoría inhibitoria planteada por Barkley* en 1997 es un buen exponente de esta clase de modelos. El modelo de Barkley se basa en el análisis de las interrelaciones entre la inhibición conductual, las funciones ejecutivas y el control motor. Estos constructos psicológicos coinciden en que tienen su base neurológica en el cortexprefrontal y se definen e interrelacionan del modo que se explica a continuación.

La *inhibición conductual* incluye tres procesos interrelacionados. En primer lugar la capacidad para inhibir respuestas prepotentes; en segundo lugar la capacidad para detener patrones de respuesta habituales y permitir una demora en la toma de decisión y por último, el control de la interferencia.

La respuesta prepotente es aquella asociada a procesos de refuerzo inmediato. El niño con TDAH tiene especiales problemas para inhibir tanto las respuestas asociadas a refuerzo positivo –por las que obtiene una recompensa– como negativo –por las que evita un estímulo o actividad desagradable–.

El desarrollo de la autorregulación empieza tanto con la inhibición de las respuestas prepotentes como de los patrones de respuesta habituales, que llega un momento en el que se muestran ineficaces. Cuando el niño es capaz de ejercer control motor sobre sus acciones, de establecer períodos de demora en los que evalúa la conveniencia o no de una u otra conducta, madura la autorregulación. La situación paradigmática se da en el conflicto de valencias entre una situación que provee inmediatamente de un determinado tipo y cantidad de refuerzo, frente a otra que lo hará incluso en mayor medida, pero a medio o largo plazo.

El último elemento de la inhibición conductual es el control de interferencia. En el momento que el niño es capaz de introducir períodos de demora para la toma de decisiones, es especialmente importante que los proteja de las interrupciones e interferencias que pueden derivar tanto de estímulos ambientales como interioceptivos.

Las *funciones ejecutivas* hacen referencia a aquellas acciones autodirigidas del individuo que usa para autorregularse. Las cuatro funciones ejecutivas del modelo de Barkley son: la memoria de trabajo no verbal; la memoria de trabajo verbal (o el habla internalizada); el autocontrol de la activación, la motivación y el afecto, y la reconstitución (o proceso de análisis-síntesis). En conjunto, comparten el mismo propósito: internalizar conductas para anticipar cambios en el futuro y, de este modo, maximizar a largo plazo los beneficios del individuo. Desde el punto de vista evolutivo, las cuatro funciones suponen la privatización o maduración de patrones de conducta manifiestos. De modo más específico, dichas funciones se definen de la siguiente manera (Barkley, 1997a):

- La *memoria de trabajo no verbal* es la capacidad para mantener internamente representada información *on line* que se utilizará para controlar la emisión de respuestas contingentes a un evento. Desde el punto de vista evolutivo, la memoria de trabajo no verbal interioriza las actividades sensoriomotoras.
- La *memoria de trabajo verbal* se define a partir del concepto vygotskyano de la internalización del habla, que ha formado parte de la práctica totalidad

de los modelos explicativos de las funciones ejecutivas desde la clásica de Luria hasta el momento. Hace referencia al proceso por el cual la acción se pone al servicio del pensamiento a través del lenguaje. En este sentido, la internalización del habla sería uno de los principales indicadores de que el niño está 'madurando'. Desde el punto de vista evolutivo, la memoria de trabajo verbal interioriza el habla.

- Por su parte, *el autocontrol de la activación, el afecto y la motivación*, es una función que regula el tono afectivo y emocional presentes en la acción cognitiva dirigida a un objetivo. La capacidad para activar cargas afectivas asociadas a las memorias de trabajo es un elemento imprescindible para la autorregulación. Desde el punto de vista evolutivo, la maduración de esta función ejecutiva supone la interiorización de la emoción y de la motivación.
- Por último, *la reconstitución* Barkley la entiende como un proceso de análisis y otro de síntesis; es decir, por la habilidad para separar las secuencias conductuales en sus unidades (la organización de la estrategia) y por la capacidad para combinar distintos elementos de distintas secuencias para construir otras nuevas (la creación de la estrategia). Evolutivamente, la reconstitución representa la internalización del juego.

Los trabajos empíricos de Barkley (1997c) para analizar y obtener apoyos a su modelo le han permitido relacionar la inhibición conductual y al menos tres de las funciones ejecutivas con regiones de los lóbulos prefrontales: los procesos de inhibición conductual se localizan en las regiones orbitofrontales y sus conexiones con el estriado. Más específicamente, el control de la interferencia se ha localizado en la región prefrontal anterior derecha, y la inhibición de las respuestas prepotentes/los períodos de demora, en la región orbitoprefrontal. Por su parte, las memorias de trabajo (verbal y no verbal) estarían asociadas a las regiones dorsolaterales, y el autocontrol de la activación/motivación/afecto, a las regiones ventrales mediales.

Barkley (1998b) ha manifestado su convicción de que tales funciones están interrelacionadas, pero son independientes; es su acción conjunta la que produce la normal autorregulación humana, pero cada una puede funcionar por sí misma.

Por tanto, déficits específicos en una u otra función producirán daños relativamente diferenciados en el proceso de autorregulación.

Otra particularidad clave del modelo de Barkley es que hipotetiza una posible vía de maduración y desarrollo de la inhibición conductual, las funciones ejecutivas y la autorregulación, a través de distintos estadios. Lo primero en desarrollarse sería la capacidad de inhibición conductual, aunque bastante en paralelo con las funciones de memoria de trabajo no verbal. Seguidamente, vendría la progresiva internalización del afecto y la motivación, estrechamente relacionada con la internalización del habla. Finalmente, el último paso sería la internalización del juego, la reconstitución.

En cualquier caso, como explica Barkley (1998b), aunque la configuración de los estadios sea meramente hipotética, lo importante es que el modelo enfatiza la comprensión del TDAH a través de la conducta encubierta, privada y autodirigida, y establece una estructura jerárquica en donde las funciones ejecutivas dependen de la inhibición conductual, y la interacción entre ambas da lugar a la autorregulación y al control motor.

Precisamente *el control motor* es el último elemento del modelo y, relativamente, el más aplicado. Se refiere al conjunto de conductas que se ponen en marcha para alcanzar el objetivo en un proceso de autorregulación. Evidentemente, hace referencia a la implementación de las acciones concretas que se necesitan, pero va más allá. Incorpora el concepto de ‘fluencia’, es decir, la capacidad para generar conductas novedosas y creativas en el momento en que se necesitan; incorpora el concepto de ‘sintaxis’, es decir, la capacidad para reconstruir y representar internamente la información del medio. Ambos conceptos guardan una especial relación con la función de reconstitución y dotan a la acción del individuo de la flexibilidad necesaria para acomodar su plan a las contingencias habituales que suceden en todo proceso conductual orientado hacia un objetivo a largo plazo.

Según el modelo explicativo propuesto para el TDAH y apelando a la psicopatología evolutiva del trastorno, los problemas empezarían con un estado de desinhibición conductual; este estado afectaría al desarrollo de las funciones ejecutivas y finalmente se reduciría la capacidad de control motor (Servera, 2005).

La teoría inhibitoria de Barkley y los modelos neurocognitivos relacionados con ella –entre ellos el *modelo cognitivo/energético desarrollado por Sergeant (2000)*–, cuentan con un importante cuerpo de evidencia empírica que apoya la asociación entre TDAH y alteraciones en diversas funciones ejecutivas (Doyle, 2006).

Un metaanálisis reciente, que incluyó 83 estudios destinados a caracterizar distintos dominios de las funciones ejecutivas en pacientes con TDAH, demostró que dichos pacientes presentaron un rendimiento significativamente menor en todas las pruebas incluidas (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington, 2005). Estas diferencias fueron moderadas en magnitud (efectos de Cohen entre 0,49 y 0,69) y se encontraron tanto en estudios con muestras clínicas como con muestras de población general. Las diferencias se mantuvieron significativas después de controlar edad, coeficiente de inteligencia, género y comorbilidad. Los hallazgos más consistentes correspondieron al déficit en la inhibición de respuestas, que fue notificado por un 80% de los estudios incluidos en el análisis, seguido por las alteraciones en la estrategia, que fueron descritas por un 59% de los estudios.

Apoyando estos resultados, un número importante de estudios de neuroimágenes sugiere que los pacientes con TDAH presentarían alteraciones anatómicas y funcionales en estructuras del circuito estriadotalamocortical implicadas tanto en el control ejecutivo inhibitorio como en otras funciones ejecutivas superiores (Rubia, Smith, Brammer, Toone y Taylor, 2005; Castellanos y Acosta, 2004).

Sin embargo, es importante señalar que aunque los pacientes con TDAH presentan en promedio peor rendimiento que sus pares en la mayoría de los dominios de las funciones ejecutivas, el 50% de los pacientes con TDAH no presenta déficit ejecutivo (Nigg et al., 2005). Es por este motivo que las alteraciones anatómicas y funcionales del circuito estriado-talamo-cortical descritas en pacientes con TDAH serían epifenómenos asociados a la expresión clínica de la sintomatología y a la remisión de ésta (Halperin y Shultz, 2006) pero no servirían como prueba diagnóstica.

Modelos basados en la hipótesis emocional

Los modelos basados en la hipótesis emocional (o motivacional) surgieron en respuesta a las deficiencias de los modelos cognitivos para explicar las características cognitivo-conductuales de un número importante de pacientes con TDAH. Estos modelos plantean que el mecanismo etiopatogénico central del TDAH no estaría relacionado con un déficit en la regulación de los procesos cognitivos, sino con la alteración de los procesos asociados al reforzamiento de conductas adaptativas (Kuntsi, Oosterlaan y Stevenson 2001; Sonuga-Barke, Taylor, Sembi y Smith; 1992; Tripp y Wickens 2008).

Esta alteración se traduciría en hipersensibilidad relativa frente a reforzamientos inmediatos (sensibilidad a la recompensa inmediata) e hiposensibilidad relativa frente a reforzamientos tardíos. La expresión clínica de este hecho sería, por una parte, la necesidad de reforzar la conducta de niños con TDAH usando estímulos de mayor magnitud y más cercanos temporalmente al comportamiento y, por otra, la necesidad del paciente de evitar la sensación subjetiva de ‘aversión al retraso’, lo que eventualmente explicaría los síntomas de la esfera impulsivo hiperactiva observados en el TDAH.

La evidencia experimental en que se apoyan los modelos emocionales proviene principalmente de los trabajos efectuados por los grupos de Kuntsi, Tripp, Sonuga-Barke y Antrop (Antrop, Buysse, Roeyers y Van Oost, 2005; Kuntsi, et al., 2001; Sonuga-Barke, Dalen y Remington, 2003; Tripp y Alsop, 2001). Estos estudios han demostrado que los niños con TDAH presentan dificultad para trabajar adecuadamente durante períodos prolongados de tiempo y para esperar por recompensas o estímulos motivantes, en forma independiente a su capacidad de inhibición o a su rendimiento en otras funciones ejecutivas superiores.

Lamentablemente, aún existe un número muy limitado de trabajos destinados a explorar si los pacientes con TDAH presentan alteraciones anatómicas y funcionales en las estructuras implicadas en los modelos emocionales. Estos modelos también se anclan neuroanatómicamente en los circuitos estriado-tálamo-corticales, específicamente en vías neuronales que conectan el estriado ventral (principalmente núcleo accumbens) con regiones de la corteza frontal y orbitofrontal y que, además, reciben aferentes desde la amígdala, que participaría en conferir significado emocional a los estímulos

(Breiter, Aharon, Kahneman, Dale y Shizgal, 2001). Hasta el momento, la mayor parte de la evidencia respecto a alteraciones en estos circuitos proviene de estudios realizados en modelos animales (Max y cols., 2002; Viggiano, Vallone y Sadile, 2004). A esta evidencia se suma el primer trabajo diseñado específicamente para estudiar el sistema motivacional en pacientes con TDAH mediante neuroimágenes funcionales, publicado por Scheres, Milham, Knutson y Castellanos (2007), en el que se demuestra una reducción en la activación del estriado ventral en adolescentes con TDAH frente a una prueba diseñada para medir la capacidad de anticipar la recompensa.

Estos resultados fueron replicados recientemente por Plichta et al. (2009) en una muestra de adultos con TDAH. En este trabajo, los autores describen una hiporespuesta del estriado ventral en pacientes adultos con TDAH frente a una tarea de elección de recompensas a corto y a largo plazo. Los sujetos debían optar entre una recompensa monetaria pequeña entregada inmediatamente y una recompensa mayor entregada semanas más tarde. Concordando con la predicción de respuestas emocionales negativas frente a las recompensas a largo plazo planteada por el modelo de 'aversión al retraso en la recompensa', Plichta describe hiperactivación de la amígdala frente a las recompensas tardías e hipoactivación frente a las recompensas tempranas en los pacientes con TDAH comparados con el grupo control.

Estos modelos teóricos explicativos fueron ideados inicialmente con el fin de explicar el TDAH como un todo. Sin embargo, la propia heterogeneidad de las propuestas de cada uno de ellos, provocó un giro hacia una perspectiva más integradora. Dejaron de considerarse los modelos como opuestos, para aceptar el carácter complementario, donde cada uno de ellos abarcara una pequeña parcela del TDAH.

Modelos duales o de déficit múltiple

Algunos investigadores han intentado comparar la importancia relativa de los modelos neurocognitivos y motivacionales en la etiopatogenia del TDAH, mediante la caracterización del déficit inhibitorio (modelo neurocognitivo) y de la aversión al retraso en la recompensa (modelo motivacional) en una misma muestra de pacientes con TDAH (Castellanos, 2009; Solanto et al., 2001; Sonuga-Barke, 2003). Estos estudios demuestran que el rendimiento de los pacientes

frente a pruebas destinadas a medir la inhibición no se correlaciona con el rendimiento alcanzado en pruebas destinadas a medir la aversión al retraso en la recompensa, lo que sugiere que ambos déficit son características independientes en el TDAH y no se sobreponen en un mismo paciente más allá de lo esperable por azar. Más aún, Solanto et al. (2001) comunicaron que ambos tipos de déficit se asocian al TDAH en forma independiente, y que dichas características, consideradas en conjunto, permiten clasificar correctamente al 90% de los pacientes con TDAH de la muestra.

Estos resultados permiten postular que tanto las vías etiopatogénicas implicadas en los modelos cognitivos como las vías implicadas en los modelos emocionales participarían en la etiología del TDAH en forma independiente.

En respuesta a esta evidencia, diversos autores han comenzado a plantear modelos neurocognitivos más complejos para el TDAH, que consideran la presencia de dos o más vías independientes entre sí en la génesis del trastorno, cada una asociada a mecanismos fisiopatológicos específicos.

El *modelo dual planteado por Sonuga-Barke* (2003) considera, por ejemplo, que la sintomatología asociada al TDAH corresponde a la expresión clínica final de procesos etiopatogénicos distintos en distintas poblaciones de pacientes. Estos procesos se encontrarían mediados por alteraciones en circuitos neurofuncionales independientes: el circuito ejecutivo, modulado por terminaciones dopaminérgicas mesocorticales y nigroestriales, y el circuito de regulación emocional (o motivacional) del comportamiento, modulado por terminaciones dopaminérgicas mesolímbicas.

En la misma línea, Nigg y Casey (2005) proponen que el TDAH sería el correlato clínico asociado a la presencia de alteraciones en vías neurofuncionales independientes, principalmente en el circuito frontoestriatal asociado a funciones ejecutivas superiores, en el circuito frontocerebelar asociado a la percepción y valoración del tiempo, y en el circuito frontoamigaloestriado asociado a la regulación emocional (motivacional) del comportamiento. Para Nigg y Casey, es muy probable que cada una de estas alteraciones se asocie a fenotipos neurocognitivos ligeramente diferentes, lo que podría dar origen a una nueva subclasificación del trastorno, basada en subgrupos etiológicos. Tanto Sonuga-

Barke como Nigg y Casey anclan neuroanatómicamente sus modelos en los circuitos estriado-tálamo-corticales.

Además, plantean dichos modelos desde un punto de vista neuroevolutivo, considerando las posibles interacciones que el medio ambiente y la sociabilización pudieran ejercer sobre las vías funcionales implicadas en sus modelos, así como eventuales interacciones entre los distintos circuitos durante el neurodesarrollo.

Implicación de los nuevos modelos explicativos en la búsqueda de endofenotipos para el TDAH

El análisis de los modelos neurocognitivos postulados para el TDAH permite extraer algunos conceptos relevantes a la hora de identificar características susceptibles de ser utilizadas como endofenotipos, entendidos como factores intrínsecos mediadores entre las manifestaciones observables a simple vista de un trastorno y las causas originarias. Se corresponden con las alteraciones en las funciones bioquímicas, neurofisiológicas, neuroanatómicas o cognitivas que están determinadas por factores genéticos y ambientales y, que en conjunto, muestran los procesos fisiopatológicos subyacentes a la enfermedad, y son la expresión de la vulnerabilidad de la persona a la misma (Gau y cols., 2010; Goos y cols., 2009; Nigg, 2010; Uebel y cols., 2010).

Los endofenotipos que se barajan en la actualidad como candidatos para la comprensión de la etiología, fenomenología y nosología del TDAH, son fruto de los distintos modelos teóricos desarrollados desde la neuropsicología en las últimas dos décadas, centrando el interés en el funcionamiento de los circuitos frontales donde se cree estar la clave del funcionamiento ejecutivo. Tal y como hemos desarrollado, todos los modelos teóricos utilizan términos que están íntimamente relacionados y por eso plantean tanta confusión a la hora de contrastar resultados.

Según los modelos recientes, existe un amplio espectro de características susceptibles de ser evaluadas como potenciales endofenotipos para el TDAH. Estas características incluyen (Artigas, 2009):

- El desempeño cognitivo y conductual asociado a las distintas funciones ejecutivas superiores.

- La sensibilidad frente a la recompensa o la capacidad de esperar por la recompensa
- La percepción temporal.
- La modulación emocional sobre tareas cognitivas o atencionales.
- Los fenómenos electrofisiológicos, neuroendocrinos y bioquímicos asociados a cada uno de los procesos neurocognitivos mencionados.
- Las eventuales alteraciones anatómicas de las estructuras asociadas al circuito estriado-tálamo-cortical.

Sería razonable suponer, a la vista de los estudios genéticos y mediante neuroimagen, endofenotipos particulares desde una perspectiva neuropsicológica, según la arquitectura genética de los pacientes. Sin embargo, la controversia en este sentido vuelve a ser de nuevo marcada, posiblemente relacionada con la carga genética poblacional, las edades dispares de los pacientes, los subtipos de TDAH incluidos, los factores ambientales, la presencia de pacientes previamente tratados y las baterías neuropsicológicas usadas (Fernández et al., 2012).

2.3. Epidemiología

El TDAH es considerado actualmente como uno de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente más prevalente (Barkley, 2006). Sin embargo, las tasas de prevalencia que se obtienen en los diferentes estudios son marcadamente dispares en función de los criterios diagnósticos empleados, el origen de las muestras (clínicas o poblacionales), la edad y el sexo de los sujetos (Benjumea, 2006). Así, encontramos intervalos de prevalencia que se sitúan entre el 1,9 y el 14,4% (Faraone et al., 2003).

Una de las causas principales de las diferencias en los datos epidemiológicos encontrados entre los diferentes estudios es el uso de diferentes criterios de clasificación diagnóstica (Biederman y Faraone, 2005). Al no disponer actualmente de técnicas analíticas y/o de imagen objetivas que permitan diagnosticar este trastorno, el abordaje diagnóstico es principalmente clínico, apoyándose en la evaluación del comportamiento según diversas escalas y variables neuropsicológicas. Estas escalas suelen demandar la presencia de un cierto número de síntomas en más de un ambiente, que se hayan manifestado desde cierta edad, así como también evalúan las respuestas de los padres y de los

profesores, exigiendo concordancia entre ellos acerca de los síntomas y la perturbación generada por ellos. Las de mayor difusión en su aplicación son las correspondientes al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR, 2000) y la Clasificación internacional de enfermedades mentales de la OMS (CIE-10, 1992). Como comentamos anteriormente, los criterios para el diagnóstico siguiendo la CIE-10 (1992) son más restrictivos que los criterios siguiendo el DSM-IV, por lo que la prevalencia estimada en aquellos países que siguen estos últimos es mayor (Döpfner et al., 2008). Otra de las peculiaridades que depende del sistema de clasificación que utilicemos es que mientras la CIE-10 (1992) no diferencia subtipos, el DSM-IV-TR (APA, 2000) permite discriminar entre ellos según la predominancia de los síntomas.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), la prevalencia del TDAH oscila entre el 3-7% de los niños en edad escolar de población general, y entre el 10% y el 15% en población clínica. Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman y Rohde (2007) encontraron una prevalencia mundial del 5,3%, similar al 4,6% y al 6.6% encontradas en España (Cardo, Servera y Llobera, 2007; Rodríguez et al., 2009) entre escolares en la isla de Mallorca y en Castilla y León, respectivamente.

Además, la prevalencia también puede variar en función del sexo y del subtipo de TDAH que presenten los niños. En relación al sexo, las investigaciones epidemiológicas señalan que existen grandes diferencias a favor de los varones, encontrándose una razón de 2 a 1 en muestras generales de población y de 9 a 1 en muestras de procedencia clínica. (Martínez-León, 2006). Igualmente, encontramos diferencias en la prevalencia del trastorno en función de los subtipos, existiendo mayor proporción de varones con el subtipo hiperactivo-impulsivo (4:1) y una mayor proporción de chicas con el subtipo inatento (2:1) (Pineda, Lopera, Henao, Palacio y Castellanos, 2001). Las diferencias en cuanto al sexo tienen que ver más con las escalas de valoración psicológica y/o conductual, que no incluyen ítems específicos para chicas, que una especificidad en función del sexo (Knellwolf et al., 2008).

La prevalencia del trastorno se mantiene más o menos constante a lo largo del desarrollo, aunque, a medida que los niños maduran, los síntomas tienden a atenuarse conforme se alcanza la adolescencia y la madurez (APA, 1994).

Aunque la atenuación de los síntomas impide realizar un diagnóstico según los criterios establecidos, es frecuente la asociación con perjuicios secundarios al trastorno clínicamente significativos. McGough y Barkley, en una revisión del 2004 sobre los criterios diagnósticos actuales del TDAH en el adulto, concluyen que el diagnóstico, como en el del niño, sigue siendo eminentemente clínico, sin que se disponga de datos científicos suficientes que justifiquen el empleo de pruebas diagnósticas de laboratorio o pruebas neurorradiológicas, por lo que se requieren estudios que validen los criterios diagnósticos para TDAH en el adulto. Diversos estudios longitudinales indican que el TDAH persiste en la primera edad adulta en el 60-70% de los casos cuando se define respecto a individuos de la misma edad, y en el 58% de los casos cuando se utilizan los criterios del DSM-IV y los informes parentales (McGough y Barkley, 2004).

De acuerdo a todo lo expuesto, no es de extrañar que en los últimos años los investigadores se hayan centrado en averiguar a qué se deben tantas variaciones en la prevalencia de los países y continentes estudiados, tratando de determinar cuál es la tasa de prevalencia “real” global. Se ha especulado que las diferencias estimadas podrían ser secundarias a temas demográficos, alimentando así durante mucho tiempo la idea de que el TDAH sería producto de una cultura occidental. Otros autores han postulado que la variabilidad hallada entre países se debe a problemas metodológicos de los distintos estudios, argumentando que si utilizásemos la misma metodología en todos los países, se obtendrían resultados equivalentes (Faraone y Biederman, 2005).

Esta controversia ha llevado a varios investigadores a realizar una revisión sistemática de la prevalencia del TDAH en niños y adolescentes aplicando análisis de meta-regresión para determinar el papel de las características metodológicas en la variabilidad de los resultados obtenidos (Polanczyk et al., 2007). Así, después de una amplia revisión y análisis de publicaciones, se incluyeron un total de 102 estudios que comprendían a 171.756 sujetos de todo el mundo. La prevalencia del TDAH basada en todos los estudios fue del 5.29%. Las prevalencias de la muestra para niños y adolescentes fueron del 6.48% y del 2.74%, respectivamente. Las fuentes de mayor variabilidad halladas se deben a los distintos criterios diagnósticos empleados (DSM-IV o

CIE-10), así como a la necesidad del criterio de perjuicio funcional de algunos estudios como criterio diagnóstico (Polanczyk et al., 2007).

El factor étnico y sociodemográfico ha sido menos estudiado hasta ahora. En el estudio multicéntrico de análisis por meta-regresión se obtienen diferencias significativas entre la prevalencia obtenida en países africanos y de Oriente Medio (donde la prevalencia es menor) cuando se comparan con los europeos y norteamericanos. Sin embargo, estas diferencias pueden deberse al pequeño número de estudios que se han llevado a cabo en los países más desfavorecidos. (Polanczyk et al., 2007). Otros estudio, como el realizado por Mullick y Goodman (2005), no encontró diferencias significativas de prevalencia entre grupos de distinto nivel sociodemográfico al comparar la prevalencia del TDAH en una muestra de 922 niños de 10 años de áreas urbanas, rurales y barriadas pobres de Bangladesh.

Recientemente en España (Cardo et al., 2011) se planteó un estudio con el objetivo de comparar la prevalencia del TDAH en niños en edad escolar (6-12 años), usando diferentes criterios diagnósticos –el DSM-IV-TR (2004), frente a la CIE-10(1992)- y dos escalas específicas basadas en el DSM-IV –la AttentionDeficit-HyperactivityDisorder Rating Scale (ADHD RS-IV Pc 90) y la escala de Swanson, Nolan y Pelham, cuarta edición (SNAP-IV)–. La primera conclusión práctica que recogen es que, si bien el uso de escalas de evaluación del TDAH puede ser útil para un cribado global de sospecha del TDAH, y, de hecho, puede conseguir índices de prevalencia similares a los esperables clínicamente (3-7%), no es demasiado aconsejable para un cribado específico de los subtipos del TDAH. Es necesario un proceso diagnóstico más completo para determinar el subtipo de TDAH presente en el niño (entrevista clínica semiestructurada, exploración física completa, observación del niño en varios contextos, que pueden incluir pruebas neurocognitivas y tareas de laboratorio, así como información sobre el contexto escolar). En relación con las diferencias por sexo, los resultados del estudio indican que en todos los sistemas diagnósticos se detectan más niños que niñas. En cualquier caso, parece evidente que, al aplicar el sistema de detección del TDAH donde no se contemplen diferencias por sexos, puede pasar que muchas niñas, que en mayor o menor medida presentan el problema, queden erróneamente fuera.

En definitiva, el tipo de escala utilizada (ADHD RS-IV, SNAP-IV) sesga la muestra detectada, aunque esté basada en los mismos criterios diagnósticos, necesitando probablemente añadir más elementos en la evaluación clínica (Ramtekkar, Reiersen, Todorov y Todd, 2010).

Por otra parte, urgen cambios en los criterios diagnósticos del TDAH para hacerlos más objetivables, puesto que en estos momentos aplicar sistemas de diagnóstico distintos (todos ellos reconocidos) lleva a un grado de acuerdo extremadamente bajo. Ello podría ser una de las causas de las polémicas que todavía afectan a este trastorno en los campos de la prevalencia, las implicaciones, el tratamiento, etc. Al usarse métodos distintos para la selección de las muestras del TDAH, llega un punto en que estudios con objetivos similares no son comparables.

Por último, la adecuación de criterios diagnósticos por sexos y rangos de edades parece, como ya se ha mencionado reiteradamente, una necesidad que también deben incorporar los futuros sistemas psiquiátricos para el diagnóstico del TDAH (Barkley, 2010).

2.4. Manifestaciones del TDAH a lo largo del ciclo vital

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia y en la adolescencia, y en las últimas décadas han surgido numerosas aportaciones que demuestran su persistencia en la edad adulta en buena parte de los casos (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997). Ante la falta de una prueba diagnóstica definitiva, hasta la fecha sabemos que la clínica sigue siendo el pilar fundamental para el diagnóstico del TDAH. La exploración debe ir más allá de lo puramente nuclear en el TDAH, como son el déficit de atención, la hiperactividad o la impulsividad, y ser capaz de discernir las conductas evolutivamente normales del niño, de los síntomas de TDAH, y por supuesto de las comorbilidades que frecuentemente se asocian al problema (Quintero, Correas y Quintero, 2009).

De forma global, siguiendo las clasificaciones del DSM vamos a describir los tres tipos fundamentales de síntomas que presentan los niños con TDAH (déficit de atención, hiperactividad e impulsividad), revisando los matices que

pueden presentarse en su evolución a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital.

Periodo de Educación Infantil y Primaria

La información que ofrecen las historias clínicas de los niños hiperactivos indican que la mayoría de ellos fueron bebés con un temperamento difícil caracterizado por una dificultad notable para adaptarse a las situaciones nuevas, planteando serios problemas en su crianza cuando se alteraban las rutinas (Miranda, Amado y Jarque, 2001). Son descritos como bebés muy movidos, protestones y gruñones. Con un desarrollo motor en general rápido y marcado, a partir del desplazamiento, gateo y marcha, por el desconocimiento del peligro y el riesgo y repetición de accidentes.

Además, suelen experimentar dificultades en el establecimiento de los hábitos de alimentación y de sueño. En efecto, se ha comprobado que la mayoría de estos niños duermen menos horas de lo habitual en estas edades y a menudo se despiertan durante la noche llorando o gritando, manifestando además patrones irregulares de respiración y de latidos cardíacos en la fase de sueño REM. En relación a las pautas de alimentación, los padres a menudo informan de que los problemas de sus hijos adquieren especial relevancia cuando se comienza a sustituir el biberón por los alimentos sólidos.

No suelen buscar a la madre, con la mirada o con la mímica, para utilizarla como punto de referencia y de orientación. Recurren menos que otros niños al abrazo y al apego como búsqueda de contención. Se puede generar así una perturbación precoz en la interacción madre-hijo y de los mecanismos de autotranquilización del niño, y alterarse así uno de los reguladores habituales de la excitación y el desbordamiento del niño (Lasa, 2008).

Este patrón de comportamiento en la primera infancia genera, incluso en los padres más competentes, sentimientos de ineficacia personal, frustración, enojo y rechazo que afectan negativamente a la interacción que mantienen con sus hijos, conduciéndoles a menudo a aplicar pautas de disciplina bien excesivamente permisivas y solícitas, o bien extremadamente autoritarias (Miranda et al., 2007). Como consecuencia, los problemas de relación que se establecen entre los padres y el niño en estos momentos tienen un impacto

negativo sobre el desarrollo futuro del niño y perjudican las relaciones matrimoniales y familiares (Presentación et al., 2006).

Con respecto al desarrollo del trastorno, parece que los síntomas centrales del TDAH aparecen relativamente pronto, entre los 3 y los 4 años (Spencer et al., 2007).

Déficit de atención

Aunque en la etapa de educación infantil resulta complicado distinguir a los niños hiperactivos de sus compañeros, las observaciones de los padres y de los profesores indican de forma consistente que en los niños con TDAH se produce una exageración de las conductas típicas de los preescolares sin problemas atencionales (Miranda et al., 2001). En medidas observacionales de atención en el aula, centran menos su atención en las tareas, especialmente cuando son monótonas y no les permiten utilizar diferentes modalidades sensoriales.

Cuando el niño hiperactivo comienza la etapa de educación primaria se evidencian con mayor claridad las deficiencias atencionales y organizativas, y como consecuencia de éstas, sus repercusiones negativas sobre el funcionamiento académico y conductual.

Los niños con TDAH manifiestan una serie de problemas que reflejan déficits en varias funciones atencionales. En esta línea Tsal, Shalev y Mevorach (2005) consideran que la complejidad del trastorno requiere el estudio de diferentes funciones atencionales, no limitándose a un déficit general de atención. Así, estos autores distinguen entre: *atención sostenida* (mantenimiento de la atención durante un período largo de tiempo); *atención selectiva* (focalización de la atención en una información relevante); *atención orientativa* (reorientación de la atención de una localización determinada a otra); y *atención ejecutiva* (inhibición de una respuesta ante un estímulo irrelevante). Otra función atencional encontrada por varios autores (Soto, Heinke, Humphreys y Blanco, 2005) es la *atención dividida* (capacidad para atender a varios estímulos presentados de forma simultánea o para realizar varias actividades a la vez). Un dato interesante que se extrae del estudio de Tsal y colaboradores (2005) es el hecho de que los niños con TDAH no tienen por qué presentar déficits en todos los factores atencionales analizados, sino que los déficits son selectivos, es decir, un niño puede presentar

problemas en una de las funciones, en dos o más. No obstante, los resultados de este trabajo son contundentes en el sentido de que los déficits en la atención sostenida son preponderantes sobre las demás, presentándolos la práctica totalidad de los niños con TDAH.

Los niños que presentan predominantemente dificultades atencionales sin hiperactividad o impulsividad, en ocasiones son más difíciles de diagnosticar, puesto que el componente conductual y motor del síndrome está minimizado y el síntoma principal es la presencia de una atención deficiente. Estos niños se caracterizan por la tendencia a presentar una clínica centrada en una *distraibilidad excesiva*, de forma que cualquier elemento extraño consigue desviar su atención. No parecen escuchar cuando se les está hablando directamente, lo cual en ocasiones interfiere con la adecuada comprensión de las órdenes dadas por sus padres o figuras de autoridad y su consiguiente incumplimiento (Martínez-León, 2006). Así, es frecuente que tengan dificultades para seguir las instrucciones, máxime cuando éstas son complejas o disponen de varios pasos consecutivos que hay que seguir. Con frecuencia son catalogados de abúlicos o incluso de vagos, y hasta que no presentan problemas de rendimiento escolar, no suelen ser derivados para su exploración.

También presentan dificultades para *sostener la atención* y mantener su grado de concentración, tanto en tareas escolares como lúdicas, a la par que muestran dificultades en la organización y finalización de dichas actividades o pierden el material necesario para su realización (Borrego, 2003). Igualmente, no les gustan y evitan por ello, los deberes escolares que requieren de ellos un esfuerzo mental sostenido (Barkley, 1997c). De forma global, no es extraño que como consecuencia de sus dificultades atencionales, los problemas de aprendizaje sean una constante a lo largo de la escolarización. Los estudiantes con TDAH se encuentran en una situación de particular vulnerabilidad respecto al rendimiento académico, que no se corresponde con su capacidad real. No es sorprendente que un 46% suspenda en la escuela y lo que es más preocupante todavía, entre un 10% y un 35% fracasan en terminar la Enseñanza Secundaria Obligatoria (Valdizán e Izaguerri-Gracia, 2009).

Hiperactividad

Es importante tener en cuenta en primer lugar que ciertas conductas hipercinéticas o de elevada inquietud psicomotriz, deben ser entendidas como normales en niños en edades preescolares que se encuentran en pleno proceso de explorar el mundo que les rodea. Para valorar una conducta como alterada hemos de fijarnos en la frecuencia, intensidad, la direccionalidad o la intención de ésta y sobre todo en la disfunción que genera tal conducta (Quintero et al., 2009). Así, los niños con TDAH se mueven más pero también peor, es decir, en muchas ocasiones la conducta no tiene una finalidad en sí misma, o ésta se pierde durante su realización.

De forma global, los síntomas de hiperactividad en la edad preescolar vendrían determinados porque son niños en constante movimiento, corren en situaciones donde esta conducta es inapropiada; son percibidos por sus padres y profesores como excesivamente activos o como estar siempre en *on* o “activados por un motor”; les cuesta permanecer sentados, y mientras lo están se retuercen en la silla, cambian de postura, etc. (American Psychiatric Association, 2000). En la conducta de estos niños encontramos un alto grado de movimientos innecesarios, ya sea con las manos o con los pies, de manera que están en constante movimiento. Estas conductas inapropiadas suelen acompañarse en bastantes ocasiones de ruidos, también inadecuados que causan una molestia muy significativa en su entorno familiar y escolar.

En la etapa de educación primaria estas dificultades les ocasionan problemas para permanecer sentados en momentos en los que deberían estarlo y para permanecer en silencio. Generalmente, despliegan un juego más inmaduro, funcional y sensoriomotor, menos simbólico y estereotipado. Experimentan además serias dificultades para jugar solos y muestran una enorme curiosidad por los juguetes novedosos, aunque no los utilizan para jugar sino para manipularlos hasta romperlos.

Además de la excesiva actividad motriz manifiestan un problema en la motricidad gruesa, el cual se manifiesta en la falta de flexibilidad y en la rigidez en los movimientos más generales del niño. A la par, la adquisición del esquema corporal se ve afectada, ya que estos niños muestran problemas a la hora de realizar juegos relacionados con este concepto y por tanto tendrán problemas para distinguir e interiorizar las percepciones asociadas con el espacio y el

tiempo (Herrera, Calvo y Peyres, 2003). La motricidad fina también se ve afectada. Las sincinesias (movimientos involuntarios de las extremidades del cuerpo) están presentes e impiden a estos niños la realización de tareas de carácter específico, tales como atarse los cordones de los zapatos o abrocharse los botones de la bata. Por consiguiente, todas las tareas que requieren de cierta coordinación óculo-manual serán deficitarias (Castellanos et al., 2000).

El nivel de inquietud puede variar en función de la situación en la que se encuentran y del tipo de actividad que realizan. Así, cuando están en un ambiente más estructurado, como por ejemplo el aula, o en los que se requiere de mayor inhibición, como en la sala de espera de un centro de salud, o en la iglesia, su conducta motora es excesiva. Sin embargo, en ambientes menos estructurados, o en los que no se les exige tanta inhibición esta actividad se ve disminuida. Asimismo, ante actividades novedosas, que les parecen divertidas y además son recompensadas, muestran menos nivel de actividad, frente a actividades monótonas y poco motivantes, en las que se alteran y su actividad motora se intensifica (Dane, Schachar y Tannock, 2000; Harvey, 2000).

Impulsividad

Un cierto grado de bajo control de los impulsos en los niños es normal, y de hecho uno de los mayores retos de la infancia está en conseguir un adecuado y completo control motor, que también incluye un correcto control de los impulsos (Willcutt, Pennington y DeFries, 2000). No obstante, los niños con TDAH frecuentemente responden de forma inapropiada a los estímulos del entorno. También esta inquietud les lleva a hablar en exceso o incluso hablar solos, a mostrar un alto grado de incapacidad para guardar el turno de palabra o durante el juego en grupo. De la misma forma, su impulsividad se manifiesta en problemas para establecer una conversación, ya que se precipitan cuando deben dar una respuesta y la dan antes de que se haya formulado correctamente la pregunta (Solanto et al., 2001).

Son propensos a realizar actividades físicas que son arriesgadas y peligrosas, pues son incapaces de frenar sus acciones, no suelen pensar antes de actuar y por tanto no suelen ser conscientes de las consecuencias que pueden llevar consigo dichas acciones. Es por esto que cuando se deciden a jugar con otros niños, es frecuente que les cueste respetar las reglas del juego, intentan

imponer su voluntad a toda costa y despliegan escasas conductas de cooperación, lo que les genera continuas discusiones con sus compañeros. Es precisamente en estos momentos cuando se agudiza el rechazo social que ya comenzaron a experimentar en la etapa de preescolar además de sufrir un gran número de castigos tanto en la escuela como en el hogar (Díaz-Fernández, 2005; Harvey, 2000). Sus compañeros les describen de forma general como ruidosos, mandones, pesados, problemáticos, groseros con sus profesores y “volviéndose locos” cuando no consiguen sus objetivos (Quintero et al., 2009).

En ocasiones manifiestan respuestas emocionales intensas. Se enfadan con mucha facilidad pues presentan baja tolerancia a la frustración. Se muestran fácilmente irritables y pueden perder el control a menudo (Evenden, 1999).

Así, podríamos concluir que su impulsividad les ocasiona tanto dificultades cognitivas como conductuales. Cognitivamente muestran dificultades para pensar, razonar y parar ante una determinada situación, y a nivel conductual, muestran incapacidad para inhibir una conducta o evitar dar una respuesta determinada (Cubero, 2006).

El TDAH en la adolescencia

Aunque el trastorno comienza pronto en la infancia, es una condición crónica y permanente que se manifiesta ante situaciones que exigen control de los impulsos, inhibición o gestión de los recursos atencionales. La sintomatología se hace evidente a lo largo del ciclo vital, a medida que aumentan las demandas de autocontrol sobre el individuo como parte del proceso de socialización (Colomer, Miranda, Herdoiza y Presentación, 2012). No obstante, la manifestación de los síntomas del TDAH cambia con el curso del desarrollo, de manera que durante la adolescencia, una parte de los síntomas centrales del TDAH pierden intensidad, un decremento que se produce de forma más acusada en el caso de los síntomas de hiperactividad.

La expresión de los síntomas está modificada por la maduración cognitiva, el desarrollo de la capacidad de autocontrol y la aparición de comorbilidad asociada. Generalmente la *hiperactividad* motora disminuye con la edad y permanece una inestabilidad motriz más discreta y un sentimiento de tensión interna. Se mantienen las *dificultades atencionales*, para organizarse y planificarse, con tendencia a evitar actividades que impliquen un esfuerzo cognitivo mantenido. Estas dificultades implican generalmente una repercusión negativa a nivel académico. La *impulsividad* todavía produce dificultades importantes, llevando a conductas de riesgo (sexuales, adicciones, conducción) y a problemas en las relaciones interpersonales (Ramos-Quiroga et al., 2006).

Reconocer y tratar el TDAH en el adolescente no es tarea fácil, ya que la clínica está modificada por las adaptaciones psicológicas al propio trastorno y la comorbilidad. Los estudios longitudinales refieren que del 50 al 70% de los niños con TDAH aún lo presentarán en la adolescencia y en el 25 al 40% de los casos persistirá en la edad adulta (Gelder, López-Ibor y Andreasen, 2003). Estos estudios de seguimiento permiten diferenciar tres tipos de evolución: los que han desarrollado una madurez cognitiva y afectiva (entre el 10-20%); los que presentan síntomas de TDAH que afectan a su rendimiento académico, social y emocional (entre el 60-70%) y los que presentan complicaciones graves y síntomas de TDAH persistentes (alrededor del 25% de los casos).

En una reciente investigación realizada en España (Colomer et al., 2012) examinaron la consistencia de los síntomas centrales y de los problemas

asociados al TDAH a través del tiempo. Para ello utilizaron un diseño longitudinal evaluando en una primera fase y tres años después a 87 niños con TDAH subtipo combinado con edades comprendidas entre los 6 y los 14 años. Los resultados indicaron que, desde la infancia media a la temprana adolescencia, los síntomas centrales del TDAH muestran una estabilidad relativa. Concretamente el grado de las manifestaciones de inatención se mantuvo, mientras que los comportamientos de hiperactividad/impulsividad experimentaron un decremento significativo con el paso del tiempo. Esta tendencia sigue las mismas pautas que las que se encontraron en investigaciones previas (Barkley, 2009).

Las comparaciones entre problemas asociados al trastorno, valorados en la infancia y después en los primeros años de la adolescencia, no aportaron diferencias significativas, excepto en la variable de ansiedad, estimada por los padres, que aumenta. Estos resultados, que tienen el mérito de tener una naturaleza longitudinal, coinciden con los de otros trabajos que indican que los niños y adolescentes con TDAH tienen un estilo similar en múltiples dominios de funcionamiento, incluyendo comorbilidades con trastornos de conducta, ansiedad y problemas escolares (Faraone, Biederman y Moniteaux, 2002).

Estos resultados proporcionan evidencia empírica de gran implicación práctica, al demostrar sin duda, la necesidad de dedicar esfuerzos de prevención e intervención para mejorar el curso del TDAH, mediante el diseño e implementación de programas dirigidos al ámbito familiar y escolar.

En cuanto a los factores pronósticos asociados a una evolución más positiva del trastorno en la adolescencia, Barkley, Fischer, Edelbrock, y Smallish (1990) citan un mayor estatus socioeconómico, una estabilidad emocional familiar, fuertes habilidades cognitivas e intelectuales en el niño y sintomatología del TDAH leve. Biederman, Faraone, Mick, Moore y Lelon (1996) refieren como factores pronósticos de la persistencia del TDAH en la adolescencia, los antecedentes de TDAH en los miembros de la familia, ambiente psicosocial adverso y la presencia de comorbilidad en el niño. Hurtig et al. (2007) añaden como factor adverso el subtipo de TDAH que manifieste el niño, siendo el subtipo combinado el que con más frecuencia persiste en la adolescencia.

El TDAH en la edad adulta

Que el TDAH tiende a desaparecer espontáneamente en la adolescencia es ya una idea en declive, gracias a los estudios de seguimiento de niños que demuestran que el TDAH es un trastorno crónico que se manifiesta durante todo el ciclo vital del ser humano (APA, 2000). Desde finales de los años setenta del siglo XX se han sucedido estudios prospectivos de niños con TDAH y estudios transversales de adultos que padecieron TDAH en la infancia, que dan pruebas de la validez de este diagnóstico en pacientes adultos y de sus repercusiones tanto psicológicas como sociales (McGough y Barkley, 2004; Ramos-Quiroga et al., 2006; Spencer et al., 2007).

Los estudios epidemiológicos realizados señalan que el TDAH también se manifiesta en personas adultas y con una frecuencia destacada. Los primeros trabajos encontraron prevalencias en adultos entre el 4% y el 5% (Heiligenstein, Conyers, Berns, Miller y Smith, 1998; Murphy y Barkley, 1996; Faraone, Spencer, Montano y Biederman, 2004). En el reciente National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), sobre una muestra de 9.282 sujetos en población general americana, se ha observado nuevamente una prevalencia del TDAH en adultos del 4,4% (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005). En otro estudio realizado en Holanda, la prevalencia fue del 1-3% (Kooij et al., 2005).

A pesar del escepticismo aún extendido, la opción diagnóstica del TDAH en el adulto es explícita en la cuarta edición revisada del DSM (2000) y está implícita en la CIE-10 como categoría “residual”. En sujetos que han sido diagnosticados de TDAH en la infancia, y que en la edad adulta no presentan seis o más de los síntomas definidos en el DSM-IV-TR, pero continúan manifestando síntomas de TDAH y dificultades en su adaptación, se permite el diagnóstico de TDAH en remisión parcial.

Para poder diagnosticar el TDAH en una persona adulta es preciso que el trastorno esté presente desde la infancia, como mínimo desde los 7 años. Debe persistir una alteración clínicamente significativa o un deterioro en más de un área importante de su actividad, como el funcionamiento social, laboral, académico o familiar (DSM-IV-TR, 2000). Por tanto, se entiende el TDAH en la edad adulta como una patología crónica (Ramos-Quiroga, Bosch, Escuder, Castells, y Casas, 2005).

Los adultos con TDAH suelen manifestar principalmente síntomas de inatención y de impulsividad, ya que la hiperactividad disminuye con la edad (Wilens, y Dodson, 2004). Asimismo, los síntomas de hiperactividad en los adultos suelen tener una expresión clínica ligeramente diferente a la encontrada en los niños. Así, uno de los síntomas de hiperactividad en los niños puede ser el correr por todas partes, subirse a los muebles, etc., mientras que en la edad adulta el mismo síntoma se manifiesta como un sentimiento subjetivo de inquietud (Wilens, y Dodson, 2004).

En la revisión realizada por Goldstein (2002). de los estudios sobre la evolución del TDAH en la edad adulta, se halló que el 10- 20% de los adultos con historia de TDAH experimenta escasos problemas, mientras que el 60% continúa presentando síntomas de TDAH así como alteraciones en la adaptación social, problemas académicos y emocionales clínicamente significativos. El 10-30% desarrollan problemas de conducta antisocial asociados a las alteraciones producidas por el TDAH y otros trastornos comórbidos.

En un estudio prospectivo con una muestra de 128 niños con TDAH (Biederman et al., 2000), se halló que a la edad de 19 años el 38% de los sujetos cumplían los criterios diagnósticos del TDAH, el 72% presentaba como mínimo un tercio de los síntomas requeridos para el diagnóstico y el 90% mostraba evidencias de un deterioro clínicamente significativo, con una puntuación en la escala para la evaluación global del funcionamiento (GAF) inferior a 60. Este estudio evidenció lo variables que pueden llegar a ser los porcentajes de persistencia del TDAH en la vida adulta, pues pueden depender del criterio de remisión aplicado. Por eso no es de extrañar que el rango de persistencia del TDAH en los adultos entre los diferentes estudios sea tan amplio (4-80%) (Barkley, 1998a).

Los estudios de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes con un TDAH diagnosticado en la infancia indican que éstos presentan problemas asociados propios de esta etapa, relacionados con el funcionamiento académico, la adaptación al medio laboral, la conducción de vehículos y en el ámbito de las relaciones sociales y de pareja.

Concretamente, los pacientes tienden a lograr una menor formación académica en comparación con los grupos control, aún con niveles de

inteligencia similares (Barkley, 1998a, Goldstein, 2002; Murphy, Barkley, y Bush, 2002). Asimismo, los adultos con TDAH presentan más problemas de adaptación y disciplina en el ámbito escolar (Barkley, 1998a; Goldstein, 2002). En relación a la adaptación al medio laboral, los estudios refieren que los adultos con TDAH tienen una peor adaptación laboral que los individuos sin el trastorno (Mannuzza, Klein, Bessler y Malloy, 1993; Murphy y Barkley, 1996; Weiss y Hechtman, 1993). Los problemas laborales pueden derivarse de las dificultades en el control de los impulsos y la inatención (Barkley, 1998a). Respecto a la conducción de vehículos, se ha observado que la habilidad en la conducción se altera con el TDAH, lo que ocasiona graves consecuencias desde un punto de vista social y personal (Biederman y Faraone, 2005). Los adultos con TDAH sufren más accidentes de tráfico y éstos son más graves. Por último, también se han descrito mayores dificultades en las relaciones interpersonales y, de forma más específica, en las relaciones de pareja (Biederman y Faraone, 2005).

Al igual que en la infancia, la presencia de otros trastornos psiquiátricos asociados al TDAH es frecuente en los adultos. Se considera que un 60-70% de adultos con TDAH presenta comorbilidad psiquiátrica (Ramos-Quiroga et al., 2005). Los trastornos comórbidos en adultos son similares a los hallados en la infancia, con la diferencia de que existe una mayor prevalencia de drogodependencias y que aparecen trastornos de la personalidad (Barkley y Gordon, 2002).

En los estudios prospectivos y controlados de seguimiento hasta la edad adulta de pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia, los trastornos comórbidos más frecuentes son el trastorno depresivo mayor (hasta un 28%), el trastorno antisocial de la personalidad (hasta un 23%), los trastornos por consumo de sustancias (hasta un 19%) y, en menor frecuencia, el trastorno por crisis de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo (Barkley, 1998a, Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy, y Padula, 1998).

Murphy et al. (2002) sugieren que existen diferencias respecto a la comorbilidad psiquiátrica entre los subtipos TDAH combinado y TDAH inatento. El combinado mostró mayor probabilidad de presentar un trastornonegativista-desafiante, de realizar tentativas de suicidio y de experimentar mayor hostilidad interpersonal y paranoia.

Las drogodependencias constituyen uno de los trastornos asociados al TDAH más frecuentes (Ramos-Quiroga et al., 2005). El riesgo de desarrollarlas es mayor en aquellos pacientes en los que el TDAH se mantiene en la edad adulta. Además, la presencia de un TDAH repercute de forma negativa sobre la evolución de la drogodependencia, pues existe mayor riesgo de recaídas en el consumo de sustancias (Ramos Quiroga et al., 2006).

En síntesis, hay un normal declinar de la clínica a lo largo del tiempo, de forma que los síntomas de hiperactividad mejoran en torno a los 10 años. Los siguientes síntomas en mejorar son los relacionados con la impulsividad, que hacia la mitad de la adolescencia comienza a presentar una reducción significativa, mientras que los más duraderos en el tiempo suelen ser los síntomas de inatención, que no es frecuente que mejoren antes de la edad adulta si no se interviene correctamente y de forma precoz (Biederman et al., 2000).

Los problemas asociados a estos síntomas nucleares también aparecen evolutivamente. Así, durante los primeros años, el niño no presenta más problemas que los derivados de los propios síntomas. Con la evolución en el tiempo pueden comenzar a presentarse dificultades en el medio familiar con relativa frecuencia (Daley, 2006; Deault, 2010), La hiperactividad condiciona interferencias en la normal convivencia doméstica y una normal mayor tendencia por parte de la familia a percibir al niño como excesivamente problemático, y como consecuencia de esto se enrarece la relación y se puede enturbiar la dinámica familiar, empezando a presentarse las primeras conductas disruptivas y alteraciones de conducta que van más allá de lo que es la clínica del TDAH. Sin intervención, es frecuente que estos niños presenten pocas o pobres habilidades sociales, lo que genera dificultades de relación con su entorno e iguales (Spencer et al., 2007).

Las alteraciones de conducta, los problemas de aprendizaje y emocionales que a menudo se inician en la infancia, de no ser intervenidos a tiempo pueden agravarse y complicarse en la adolescencia y en la vida adulta, configurando un trastorno de conducta, de aprendizaje y/o del estado de ánimo, comorbilidades que serán descritas en el siguiente apartado.

El lado positivo de esta evolución es que hoy disponemos de tratamientos eficaces que pueden minimizar el riesgo de evoluciones no deseadas en niños diagnosticados y tratados de forma precoz (Quintero et al., 2009).

2.5. Trastornos asociados al TDAH

El término comorbilidad hace referencia a la presentación en un mismo individuo de dos o más enfermedades o trastornos distintos (Pliszka, 2000). El TDAH se asocia frecuentemente con otros trastornos psiquiátricos que afectan a la esfera de la conducta, al estado de ánimo y al aprendizaje (Spencer, et al., 2009).

La presencia de trastornos comórbidos guarda importantes implicaciones para la investigación y la práctica clínica y debe explorarse sistemáticamente dado que aproximadamente la mitad de los niños y adolescentes con TDAH presenta al menos otro trastorno psiquiátrico (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006). En estudios epidemiológicos comunitarios y en el estudio MTA (1999) se ha encontrado que la presencia de problemas coexistentes es frecuente en el TDAH. Aproximadamente un 85% de los pacientes con diagnóstico de TDAH parecen al menos otra condición psiquiátrica comórbida y aproximadamente el 60% de los pacientes presentan al menos dos enfermedades comórbidas (Jensen et al., 2001). En España, Roselló (2001) encontró que el 100% de los niños con TDAH de remisión clínica presentaba más de dos trastornos asociados. Resultados similares obtiene más recientemente el del Dr. Quintero (Quintero et al., 2006) con pacientes con TDAH en un dispositivo de atención especializada ambulatoria, encontrando la presencia de al menos otro diagnóstico en el 87% de los casos. Sin embargo, en otro estudio realizado por Presentación y Siegenthaler (2005) con muestra escolar, se encontró una asociación con otros trastornos del 55.6%.

Esta variabilidad en la presentación de comorbilidad asociada al TDAH depende de varios factores: características del paciente (sexo, edad, muestra comunitaria o clínica), características del TDAH (subtipo, edad de inicio del tratamiento) y antecedentes familiares psiquiátricos. Así, la comorbilidad es más frecuente en varones, en adolescentes, de muestras clínicas, en el subtipo

combinado, cuando el tratamiento se inicia de forma tardía y en los pacientes con antecedentes familiares de psicopatología mental (Spencer et al., 2007).

En la tabla 1 se observan las patologías comórbidas que se asocian más frecuentemente al TDAH. Los trastornos del comportamiento son los más frecuentes (más de 50%). Le siguen los trastornos del aprendizaje, los trastornos de ansiedad y algún trastorno en la coordinación del desarrollo, teniendo una tasa del 50%. Como menos frecuentes, están los trastornos por tics y los trastornos del estado de ánimo (20%). Finalmente, los trastornos infrecuentemente relacionados con el TDAH son el trastorno del espectro autista y el retraso mental (Soutullo y Díez, 2007).

Tabla 1. Frecuencia de los trastornos comórbidos asociados al TDAH (Soutullo y Díez, 2007)

Comorbilidad del TDAH	
Muy frecuentes (más del 50%)	Trastorno Oposicionista Desafiantes. Trastorno Disocial.
Frecuentes (hasta el 50%)	Trastornos específicos del aprendizaje: dislexia, disgrafía, discalculia. Trastorno de ansiedad: por separación, fobias. Trastorno del desarrollo de la coordinación: hipotonía generalizada, torpeza motora fina).
Menos frecuentes (20%)	Trastorno de tics. Trastornos del estado de ánimo: depresión mayor, trastorno bipolar, distimia.
Infrecuentes	Trastornos generalizados del desarrollo. Retraso mental.

A continuación se dará respuesta a la cuestión que plantea la reconocida presencia de comorbilidad: cómo afecta a la presentación clínica y al curso evolutivo del niño con TDAH. Para ello contamos con diversos estudios y observaciones acerca de cómo se establecen los patrones más frecuentes de comorbilidad con el TDAH, generando patrones característicos de síntomas y de evolución que responderán de forma óptima a determinadas estrategias de tratamiento.

Comorbilidad con Trastornos del Comportamiento Perturbador

Buena parte de la comorbilidad que se encuentra en niños con TDAH está constituida por los trastornos del comportamiento perturbador, que comprenden, según la clasificación DSM-IV-TR (2000), el trastorno negativista desafiante (TND), el trastorno disocial (TD) y el trastorno del comportamiento perturbador no especificado. Este sistema de clasificación recomienda el uso de diagnósticos múltiples en un solo individuo que presenta ambos trastornos, basándose en la dificultad para definir una formulación que explique todos los aspectos de la situación clínica. Sin embargo, la CIE-10 (1992) utiliza una formulación diagnóstica única para describir esta situación, proporcionando una categoría diagnóstica separada, el trastorno de conducta hiperkinética.

El TND es uno de los mayores desórdenes psiquiátricos en la infancia y la adolescencia, con una prevalencia que va desde el 3% al 6% de los niños y jóvenes de todo el mundo (Boylan, Vaillancourt, Boyle y Szatmari, 2007). Las investigaciones que han estudiado la comorbilidad del TND y el TDAH en España encuentran porcentajes que oscilan entre el 30 y el 50% en muestra escolar (Presentación y Siegenthaler, 2005) y porcentajes de hasta el 100% en muestra clínica (Roselló, 2001).

Se caracteriza por un patrón recurrente de conducta negativista, desafiante, desobediencia y hostilidad hacia las figuras de autoridad. En los niños con TDAH se manifiesta de forma que son más discutidores, resentidos e irascibles, mostrando una mayor hostilidad en su conducta. Desafían a los demás y los molestan deliberadamente. Sufren problemas en sus relaciones con los iguales y con la familia así como un pobre rendimiento académico (Rey, Walter y Soutullo, 2007). Estas conductas pueden deberse al feedback negativo que reciben estos sujetos por parte de sus padres, profesores y grupo de iguales (Roselló, Amado y Bo, 2000). Este trastorno se ha observado que está asociado con características específicas temperamentales y conductuales/emocionales diferentes e independientes del TDAH (Kim et al., 2010). Sin embargo, varios estudios han informado que el trastorno negativista-desafiante comparte con el TDAH algunos déficits cognitivos y sociales, a la par que conductuales (Oosterlaan, Scheres y Sergeant, 2005; Stevenson et al., 2005).

Por su parte, el trastorno de conducta en la infancia y adolescencia se denomina también disocial porque el niño o adolescente que lo padece rompe las normas sociales importantes y se salta los derechos de las personas, pudiendo llegar a delinquir. Los síntomas pueden comportar agresión a las personas y animales, destrucción o robo de bienes ajenos y violación grave de las normas familiares y sociales mediante fugas, absentismo escolar o vagabundeo antes de los 13 años. No se trata de gamberrismo esporádico sino de una manera de actuar persistente, provocando consecuencias que afectan de manera significativa en el ámbito académico, social y ocupacional (Alda et al., 2009).

Los datos recogidos en estudios de prevalencia muestran que las tasas del trastorno de conducta varían en función de la edad y del sexo. Su prevalencia se estima en unas tasas que van de 1.8% a un 16% en chicos y un 0.8% hasta un 9.2% en chicas en la población general (Monuteaux et al., 2007). En un estudio realizado en población clínica (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez Sutil, 2000), el TD tiene una prevalencia del 15,4% entre los 6 y 9 años y aumenta hasta el 29% entre los 10 y los 13 años. En los chicos la prevalencia es del 24.2% y en las chicas del 21%. En la encuesta de Salud de Cataluña (2006) efectuada con una muestra de 2.200 niños de 4 a 14 años, la prevalencia del trastorno disocial es de 9% en niños y 4,1% en niñas. Analizando estos datos en función de la edad, la prevalencia en niños de 4 años es del 5,8% y alcanza el 10,6% en el grupo de entre 10 y 14 años. La prevalencia en niñas oscila desde el 0,9% a los 4 años al 4,8% entre los 10 y los 14 años.

El TDAH es el diagnóstico que acompaña más frecuentemente al trastorno disocial alcanzando porcentajes que oscilan entre el 65% y el 90% (Alda et al., 2009). Los resultados parecen mostrar que el subtipo hiperactivo-impulsivo es el que mayor riesgo presenta para desarrollar un trastorno disocial (Molina, Smith y Pelham, 2001). La educación de los niños con TDAH supone un importante reto para los padres y cuando las pautas educativas dejan de ser coherentes y consistentes, pueden aparecer problemas de conducta de diversa intensidad que pueden acabar en trastorno. En los niños con TDAH y trastorno disocial los problemas aparecen precozmente y tienen mayor gravedad que los que no presentan TDAH. Los niños con TDAH no tratados tienen mayor riesgo de sufrir en la adolescencia trastorno disocial y aumenta la probabilidad de

futuros problemas de alcoholismo y abuso de sustancias, agresión y robo (Miranda y Presentación, 2000; Piatigorsky y Hinshaw, 2004), además de contar con altas tasas de delincuencia, desorden bipolar y trastorno oposicionista desafiante comparados con chicos que sólo tienen TDAH (Biederman, Mick, Faraone y Burback, 2001).

De lo anterior se desprende que el conocimiento de la comorbilidad del TDAH con los trastornos de conducta es importante en la toma de decisiones clínicas. Identificar precozmente los niños con TDAH aislado y tratarlo adecuadamente con medidas psicosociales y si es necesario farmacológicas, podría evitar el desarrollo de posteriores trastornos de comportamiento y minimizar el riesgo para desarrollarlos que presenta el TDAH.

En las declaraciones realizadas por un Consejo internacional en TDAH y trastornos del comportamiento perturbador sobre las implicaciones clínicas y los consejos de tratamiento (Kutcher et al., 2004) se acordó que la intervención psicosocial combinada con farmacoterapia sería lo apropiado en estos casos. Por un lado la farmacoterapia iría dirigida a reducir la agresividad y la impulsividad de los casos más graves, siendo los psicoestimulantes el tratamiento de primera elección. Por otro, la combinación con una intervención psicosocial que incluya entrenamiento a padres y profesores, intervenciones psicopedagógicas y en resolución de problemas, sería necesaria para favorecer el comportamiento prosocial.

Comorbilidad con los Trastornos de Aprendizaje

A pesar de que el fracaso escolar es algo muy frecuente en el niño con TDAH, siempre se ha relacionado con las alteraciones conductuales y/o con el déficit de atención. Sin embargo, hoy sabemos que en estos niños existe una alta comorbilidad de lo que se ha denominado trastornos específicos del aprendizaje. A saber, los trastornos de la lecto-escritura (dislexia), los trastornos del cálculo (discalculia) y los trastornos del lenguaje (Díaz-Atienza, 2006).

La definición de trastorno del aprendizaje es un asunto nuclear por las importantes repercusiones que conlleva. Aún con todas sus limitaciones y críticas, la mayor parte de investigadores y profesionales asumimos el concepto restringido de acuerdo con el cual los estudiantes con trastornos en el aprendizaje manifiestan una discrepancia significativa entre su logro académico

y su potencial intelectual en uno o más de los siguientes dominios: expresión oral, comprensión oral, lectura, comprensión lectora, expresión escrita, cálculo y razonamiento matemático (Miranda, Vidal-Abarca y Soriano, 2000).

Se estima que alrededor de un 10% de los niños en edad escolar muestran algún tipo de trastorno de aprendizaje, pero cuando hablamos de niños con TDAH las cifras ascienden hasta el 50% (Rutherford, DuPaul, Jitendra, 2008)

De los trastornos de aprendizaje, la dislexia o trastorno del aprendizaje de la lectura, es el más común, con una prevalencia estimada entre el 5% y el 17% en la población general que asciende al 30% en niños con TDAH (Artigas-Pallarés, 2009b). No hay que confundir el bajo rendimiento escolar que tienen la mayoría de alumnos con TDAH con el bajo rendimiento debido a la coexistencia de un trastorno en la lectura entendido según el DSM IV-TR (2000) como una dificultad significativa para alcanzar un nivel de lectura adecuado para la edad cronológica, en niños con una inteligencia media, que han recibido una educación adecuada y en ausencia de un déficit sensorial. Además, esta dificultad interfiere significativamente en el rendimiento académico o en las actividades diarias que requieran habilidades lectoras.

La comorbilidad del TDAH con la dislexia produce un mayor riesgo de fracaso escolar, el cual se manifiesta en bajas calificaciones y una mayor asistencia a clases de educación especial, incluso cuando el alumno tiene un elevado coeficiente intelectual (Hoza, Pelham, Waschbusch, Kipp y Sarno, 2001). Adquirir el proceso de lectura requiere de atención activa por parte del sujeto y focalización exclusiva en la tarea, dificultades inherentes en el TDAH (García, 2001). Igualmente presentan problemas en la comprensión de textos, mostrando los niños con TDAH un rendimiento significativamente inferior a los normales en la tarea de ordenación de fragmentos, que depende en gran medida de la aplicación de habilidades de autorregulación para la organización de la información y del mantenimiento del esfuerzo. Los hallazgos sugieren que los déficits observados en la comprensión de textos en los niños con TDAH podrían reflejar deficiencias en los procesos ejecutivos, que afectan a la organización de la información para hacer inferencias y comprender así la información, proceso que depende del sistema ejecutivo, afectado en los niños con TDAH (Miranda, Soriano y García, 2006).

En una excelente revisión realizada por Miranda y Soriano sobre la investigación en España sobre las dificultades de aprendizaje en los trastornos por déficit de atención con hiperactividad (2011), analizan varios trabajos que confirman que los estudiantes con TDAH desde Educación Infantil experimentan deficiencias psicolingüísticas, esto es, de procesamiento fonológico, metafonológico, morfosintáctico y semántico (Miranda, Ygual, Mulas y Roselló, 2002; Ygual y Marco, 2008). Cuando se han comparado las habilidades lingüísticas de niños con TDAH, subtipo con predominio de inatención (TDAH-I) y niños con subtipo combinado (TDAH-C) en aspectos de forma, contenido del lenguaje y metafonología, se ha constatado que los dos subtipos presentan dificultades en los aspectos de forma y de contenido del lenguaje (Ygual, Miranda y Cervera, 2000). Aproximadamente un tercio de ambos grupos acusaba problemas de pronunciación, pero además el grupo TDAH-I experimentaba mayores dificultades en la ejecución de tareas que requieren un dominio morfosintáctico (80% vs.65%) y vocabulario expresivo y receptivo (20% vs. 11.5%). Más específicamente y dentro del contenido del lenguaje haciendo referencia a la semántica, los niños con TDAH-I obtuvieron peores puntuaciones, al igual que en aspectos relacionados con la expresión verbal y la fluidez léxica.

Por otra parte, el análisis de la competencia narrativa de los chicos con TDAH mediante del recuerdo de un cuento (Miranda, García y Soriano, 2005) indica que los chicos con TDAH narran historias de menor organización y coherencia y, además, cometen más errores de narración como las confusiones personaje-acción y los embellecimientos con material no perteneciente al cuento, por lo que sus historias resultaron confusas y difíciles de seguir. En general, los déficits en la producción de narraciones de los chicos con TDAH podrían reflejar fallos en los procesos ejecutivos que afectan a la organización de la información. Recientemente se ha confirmado que los estudiantes con TDAH obtienen un rendimiento en comprensión oral y escrita significativamente más bajo (Miranda, Fernández, Robledo y García, 2010). Así, las estrategias de focalización de la atención, selección, codificación e interpretación de la información relevante, la utilización de las superestructuras textuales, la recuperación de la información presentada, la monitorización de la comprensión y el uso de habilidades de recuperación entre otros, se encuentran mermadas y crean lagunas en la comprensión resultante de los textos en los alumnos con TDAH.

Otra línea de trabajo se ha dirigido a investigar las habilidades de escritura de los estudiantes con TDAH (Soriano, García y Baixauli, 2008; Miranda, Soriano y García, 2006). No se observaron diferencias en la cantidad de palabras empleadas en el texto. Sin embargo, los sujetos con TDAH usaron un menor número de oraciones y cometieron más errores sintácticos en las mismas, como la supresión de palabras función (i.e. artículos, preposiciones, conjunciones,...) y la enumeración perseverativa de palabras en sus textos escritos. En la misma línea, los textos de los chicos con TDAH contenían una menor diversidad léxica, lo que indica una mayor repetición de palabras, aunque no se encontraron diferencias en la longitud media de las oraciones.

Además, hay indicios de que es posible diferenciar subtipos de TDAH en base a diferentes medidas de composición escrita (García, Rodríguez, De Caso, Fidalgo, Arias, González y Martínez, 2007; García, Marbán et al., 2007). También se ha confirmado que los problemas en la atención sostenida, en la memoria operativa y los síntomas de TDAH afectan negativamente al proceso y producto de la composición escrita (García, Rodríguez, Pacheco y Díez, 2009).

En relación a las dificultades en el aprendizaje de las matemáticas, el trabajo desarrollado ha evidenciado en los niños con TDAH tiempos de respuesta más lentos y una tasa de errores más elevada en tareas de cálculo. En otras palabras, el proceso de cálculo en estos niños se lentifica, provocando la comisión de muchos errores y tareas inacabadas. Los indicadores observables son la cantidad de errores que cometen en ítems fáciles, aunque son capaces de realizar correctamente ítems difíciles, y la frecuencia de errores que realizan al final de las tareas (Presentación, Meliá y Miranda, 2008). Este patrón de dificultades podría deberse a diversas causas, tales como la afectación de las funciones ejecutivas característica de estos chicos, o a un déficit básico en la comprensión del número (capacidad innata de numerosidad). Un progreso notable en esta dirección ha consistido en identificar los déficits centrales de niños con TDAH y de niños con dificultades en las matemáticas (DAM), confirmándose la existencia de una disociación entre el TDAH y las DAM (Miranda, Meliá y Marco, 2009). En relación a los procesos cognitivos, el déficit en la memoria de trabajo (MT) es característico de la presencia de DAM, mientras que el déficit atencional y de control inhibitorio es específico del TDAH. El subgrupo de niños con

TDAH+DAM presentaría un déficit cognitivo y metacognitivo en el rendimiento matemático, junto a una afectación más severa del funcionamiento ejecutivo, característico de la combinación de las limitaciones de ambos grupos.

En síntesis, las investigaciones desarrolladas aportan evidencia de que determinados fallos en el funcionamiento cognitivo pueden explicar en gran medida las desventajas de rendimiento y logro académico de los niños con TDAH con respecto a los niños normales. Las dificultades son especialmente notables en tareas que requieren estrategias complejas y capacidades organizativas, aunque estos problemas no son necesariamente debidos a la falta de habilidades para realizar las tareas per se, sino que parecen producirse por el uso ineficaz de las habilidades estratégicas durante las propias tareas (Miranda y Soriano, 2011). Un aspecto crucial que debe tenerse en mente es la trascendencia de la asociación de dificultades en el aprendizaje y otros problemas comórbidos que suelen estar presentes en niños con TDAH (Miranda, Soriano, Fernández y Meliá, 2008).

Estos resultados destacan la necesidad de desarrollar intervenciones académicas para estudiantes con TDAH, que tienen como objetivo reducir las conductas problemáticas y, sobre todo, potenciar el aprendizaje por medio de modificaciones curriculares. Abarcan toda una serie de procedimientos instruccionales en los diferentes tipos de problemas en los aprendizajes instrumentales, acomodaciones ambientales y organizacionales que habrá que adaptar a cada caso en función de las necesidades educativas, conductuales y emocionales del alumno concreto, así como de los recursos del propio centro.

Comorbilidad con Trastornos de Ansiedad

El TDAH y los trastornos de ansiedad se presentan juntos en aproximadamente el 25% de los casos, estimándose una prevalencia que oscila entre el 5% y el 15% (Newcorn et al., 2001). Los principales trastornos asociados al TDAH son el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de ansiedad generalizada. Estos trastornos caracterizan por la presencia de temores, miedos infantiles, problemas de sueño, preocupación excesiva y recurrente sobre un tema, episodios agudos de ansiedad y evitación tipo fóbico, en general (Kapalka, 2007).

Se podría generalizar que el perfil de la ansiedad cuando ésta se presenta de forma comórbida con el TDAH es muy similar al de los niños con cuadros puros de ansiedad. Los niños con ambas patologías presentes de forma comórbida se muestran preocupados por sus rendimientos en diversas actividades y por la adecuación de su comportamiento o su competencia en determinadas áreas; también por su preocupación irracional por acontecimientos futuros y nuevas actividades y la necesidad excesiva de comprobación y refuerzo externo (Connor et al., 2003).

De la misma forma, los niños con TDAH y trastornos de ansiedad comórbidos exhiben una autoestima más baja y un rendimiento académico y social más pobre que los niños con TDAH sin comorbilidad ansiosa. A su vez, su funcionamiento cognitivo se muestra más alterado, con mayores dificultades para llevar a cabo tareas con una alta demanda de memoria de trabajo, pero una menor alteración en el tiempo de reacción (Eysenk y Calvo, 2003).

Las explicaciones que se han encontrado a las elevadas tasas de comorbilidad del TDAH con los trastornos de ansiedad son variadas. Uno de los motivos podría relacionarse con los desajustes persistentes que el TDAH ocasiona en diversas esferas de la vida (escasas habilidades sociales, rechazo por pares, dificultades académicas, etc.). Por otro lado, estudios familiares, han sugerido una asociación familiar entre el TDAH y los trastornos de ansiedad (Pliszka, 1998). Aunque ambos trastornos se heredan de forma separada, los niños con TDAH presentan un riesgo significativamente mayor de heredar un trastorno de ansiedad que quienes no presentan dicho trastorno (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991). En cuanto a factores de tipo psicosocial, se han señalado como elementos contribuyentes a la presencia de ansiedad comórbida, la presencia de ansiedad materna, la sobreprotección y la ausencia de una actitud parental positiva (Pfiffner y McBurnett, 2006).

Teniendo en cuenta lo expuesto, es fundamental considerar ambos trastornos en el plan de tratamiento y las variaciones en su curso. El tratamiento psicosocial más recomendado es el entrenamiento parental, sobre todo si incluyen estrategias para favorecer una independencia progresiva o la asunción de riesgos apropiados para la edad considerada. A nivel farmacológico, cuando sea necesario, las recomendaciones para el tratamiento de la asociación TDAH-

ansiedad, no han sido establecidas de forma definitiva. Algunos trabajos apuntan hacia la posibilidad de que la atomoxetina pueda tener un papel relevante en el tratamiento de esta comorbilidad (Geller et al., 2007), mientras que otros estudios han encontrado respuestas favorables en el uso de psicoestimulantes (Abikoff et al., 2005).

Comorbilidad con Trastornos del Estado de Ánimo

Nos centraremos en primer lugar en los trastornos de ánimo unipolares (trastorno depresivo mayor y distimia) y finalizaremos con los trastornos bipolares en los que al parecer no se trataría tanto de comorbilidad como de diagnóstico diferencial.

La depresión mayor (TDM) en el niño se caracteriza, según consideraciones del DSM-IV-TR (2000), por un malestar o deterioro significativo provocado por un estado de ánimo triste o irritable, por una disminución en el interés por actividades de ocio y/o placenteras. A su vez, puede acompañarse de cambios en el apetito, patrones anormales de sueño, alteraciones psicomotoras, fatiga, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse. Suelen sentirse culpables de todo lo malo que sucede a su alrededor y en la expresión más extrema, ideas y preocupación por el suicidio (Spencer, Biederman y Mick, 2007).

Se ha observado que la sintomatología varía en función de la edad del sujeto. Es en la edad escolar cuando se suele mostrar con mayor frecuencia una mayor timidez, rabietas, insomnio, problemas alimentarios, hiperactividad y complicaciones somáticas (Mesman y Koot, 2001). Cuando el sujeto alcanza la adolescencia el desorden se manifiesta con mayor magnitud en sentimientos de inferioridad, opresión, cefaleas y abatimiento, co-ocurriendo estos síntomas con desorden de conducta y abusos de sustancias (Blackman, Ostrander y Herman, 2005). Igualmente existe diferenciación de síntomas en función del sexo, siendo en los varones más usual observar ansiedad, inhibición, agresividad, alteraciones del sueño y dificultades para establecer contacto social, mientras que en las mujeres es más común el buen comportamiento, conformismo, enuresis y compulsión alimentaria (Newcorn, 2001).

El TDM tiene una alta prevalencia en niños con TDAH, incluso más que en la población general. Se calcula que entre un 20% y un 30% presentan en algún momento TDAH junto con un trastorno depresivo (Wilens et al., 2002). Los

estudios muestran una mayor prevalencia en mujeres y en la pubertad (Marcotte, Levesque y Fortín, 2006). Por otro lado, no parece que haya diferencias entre los subtipos en cuanto a las tasas de comorbilidad entre el TDAH y el TDM (Crystal, Ostrander, Chen y August, 2001).

Aunque para algunos autores la clínica depresiva en niños diagnosticados de TDAH pudiera ser secundaria a la desmoralización y el fracaso persistente asociados al diagnóstico inicial, el examen de una muestra longitudinal indicó que la depresión asociada al TDAH reflejaba un trastorno depresivo verdadero y que ambos trastornos presentaban cursos independientes, aún cuando el TDAH era factor de riesgo para la depresión (Armengol, 2003).

En síntesis, los niños que presentan TDAH y TDM presentan una psicopatología más grave y su identificación puede permitir el desarrollo de intervenciones específicas tempranas. Los trabajos clásicos han referido a nivel farmacológico, que un antidepresivo tricíclico puede ser superior a un psicoestimulante en los casos de TDAH comórbido con cuadros depresivos. No obstante, algunos autores subrayan el uso concomitante del metilfenidato junto con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como alternativa ante esta situación (Efron et al., 2003). La atomoxetina, a pesar de compartir mecanismo de acción con algún fármaco con eficacia antidepresiva, no parece mostrar especial efecto antidepresivo, pero sí en el TDAH (Kunwar, Dewan, y Faraone, 2007). El estudio MTA (1999) plantea la posibilidad de combinar una terapia cognitivo-conductual al tratamiento farmacológico cuando aparece la comorbilidad afectiva en el TDAH.

A continuación, nos centraremos en los trastornos de ánimo bipolares (TB), cuya relación con el TDAH es compleja y controvertida debido en parte a que algunos síntomas son comunes a ambas patologías como la hiperactividad, la impulsividad, la inatención, la irritabilidad, la taquilalia, los problemas de sueño y la capacidad de juicio disminuida (Díez, Figueroa y Soutullo, 2006. Sin embargo, existen diferencias cualitativas que nos ayudan en el diagnóstico diferencial, permitiéndonos atribuir los síntomas a uno de los dos trastornos.

Respecto al aumento de actividad motriz, un niño o adolescente con manía presenta gran actividad que “utiliza” para llevar a cabo numerosas actividades placenteras y cesa con el tiempo; por el contrario, la hiperactividad

de un niño con TDAH es continua e improductiva, no para de moverse sin hacer nada en concreto; la irritabilidad de la manía es muy frecuente, intensa, persistente, impredecible y frecuentemente se asocia a agresividad física contra objetos (romper, lanzar, destruir) y personas (pegar, escupir, morder, pellizcar), mientras que la irritabilidad en el TDAH es infrecuente y se manifiesta como “rabietas” de baja intensidad y corta duración que sólo se desencadenan en situaciones frustrantes.

En cuanto a la impulsividad, en la enfermedad bipolar se manifiesta como comportamientos de alto riesgo (escaparse de casa, abuso de drogas, promiscuidad sexual), abandono de hábitos y responsabilidades (absentismo escolar, abandono de la pareja), gastos excesivos, proyectos irreales, etc. Por el contrario, en el TDAH la impulsividad es más “benigna” y se caracteriza por responder antes de que se formule la pregunta, dificultad para esperar turno y frecuentes interrupciones a las personas de su alrededor. Las alteraciones del sueño en el paciente maníaco se caracterizan por una disminución de la necesidad de sueño, con un alto nivel de energía y actividad excesiva al día siguiente a pesar de las pocas horas de sueño; por el contrario, el niño con TDAH con dificultad para conciliar el sueño debido a la hiperactividad, acusa esta falta de sueño y se queja de cansancio e hipersomnolencia al día siguiente.

La distraibilidad en el niño maníaco suele comenzar después de los 7 años, mientras que en el TDAH aparece antes de esta edad, es de menor intensidad y responde al tratamiento con psicoestimulantes (Geller et al., 1998).

Aunque hemos visto que existen síntomas que comparten, aunque con diferencias cualitativas, el TDAH y el TB constituyen trastornos diferenciados que pueden darse a la vez en un mismo paciente. Entre el 60 y el 90% de los niños y adolescentes con enfermedad bipolar presentan TDAH comórbido. Sin embargo, se sitúa entre el 17 y el 19% en niños y adolescentes con TDAH (Biederman et al., 2004) lo que difiere en gran medida del 1% de la prevalencia de enfermedad bipolar en la población general.

El tratamiento de los niños y adolescentes que presentan enfermedad bipolar y TDAH supone un reto por varias razones. La asociación de estas dos patologías implica mayor cronicidad, mayor impacto sobre el funcionamiento diario del sujeto y un peor pronóstico ya que la respuesta al tratamiento es

menor: tan solo el 30% alcanza remisión en dos años y menos del 20% presenta recuperación total (Biederman et al., 2004).

El tratamiento en la enfermedad bipolar infantil es similar al de adultos. Se basa en la prevención de episodios con fármacos del grupo de estabilizadores del humor, como el litio y el valproato sódico, y en algunos casos con antipsicóticos, que también poseen un efecto estabilizador del humor y controlan conductas agresivas. En los casos de TDAH y enfermedad bipolar el tratamiento es muy complejo pues tanto un psicoestimulante (tratamiento del TDAH) como un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (tratamiento de la fase depresiva de la enfermedad bipolar) pueden desencadenar o exacerbar los síntomas maníacos, lo que limita la prescripción de estos fármacos y exige un estrecho control en el caso de utilizarlos (Soutullo et al., 2003); asimismo, algunos estabilizadores del humor pueden empeorar los síntomas del TDAH. La recomendación general es primero estabilizar el humor y después abordar los síntomas de TDAH. El tratamiento recomendable es multimodal, combinando terapia farmacológica y psicosocial, incluyendo esta última apoyo social, psicoeducación y psicoterapia (McClellan, Kowatch y Findling, 2007).

Comorbilidad con Trastornos de Tics

Un tic motor es un movimiento rápido, involuntario, reiterado y arrítmico que afecta a un músculo o a un grupo de músculos. Un tic vocal es una vocalización involuntaria, busca, sinmotivación aparente. Entre los trastornos de tics el más frecuente es el trastorno de tics crónicos motores y vocales. El trastorno de Gilles de la Tourette (TGT), es un cuadro clínico grave que ocurre en el 0,4% de la población general y se caracteriza por múltiples tics motores y al menos un tic vocal, que comienzan antes de los 18 años y que, en algún momento, ocurren varias veces al día (DSM-IV-TR, 2000).

A pesar de que más de la mitad de los niños en edad escolar ha presentado algún tic en algún momento de su vida, la mayoría se resuelve de forma espontánea, y un 2% desarrolla trastornos de tics crónicos (Khalifa y Von Knorring, 2005).

Casi la mitad de los pacientes con un trastorno de tics presenta TDAH, y en muestras clínicas se ha observado que el 12% de los pacientes con TDAH presenta un trastorno de tics (Freeman et al., 2000). Ambos trastornos

evolucianan de manera independiente y no afectan al curso clínico del otro. Mientras la tasa de remisión del TDAH tiende a ser baja (25%), la del trastorno por tics es alta (65%) (Spencer et al., 2001).

Hasta hace unos años se mantenía que el tratamiento con psicoestimulantes empeoraba o exacerbaba los tics, por lo que estaba contraindicado en los pacientes con TDAH y trastorno por tics comórbido. Posteriormente, diversos estudios no han observado este efecto secundario, por lo que en la actualidad la mayoría de autores coincide en asegurar que la presencia de un trastorno por tics no constituye una contradicción para el tratamiento con psicoestimulantes (Kutcher et al., 2004).

De lo visto anteriormente, no cabe la más mínima duda que la presencia de un trastorno comórbido incrementa el riesgo de una mala evolución del TDAH. Aunque de otra parte, cada vez conocemos mejor cuales son los factores que intervienen en su presentación, facilitándonos, por tanto, la posibilidad de implementar programas preventivos eficaces. Si somos capaces de delimitar claramente en cada niño sus dificultades específicas y comórbidas a lo que clínicamente entendemos como TDAH; si somos capaces y disponemos de los medios apropiados para implementar una intervención individualizada coordinando los esfuerzos escolares y familiares, estos niños responden sorprendentemente bien, incluso mejor que otros alumnos que no presentan estos problemas.

CAPÍTULO 3



Actualización en el tratamiento del TDAH

Partiendo de un enfoque o visión de la psicopatología del desarrollo, que entiende que no hay un único factor que explique o cause las dificultades propias de un niño con TDAH, sino un efecto acumulativo de múltiples variables, personales y ambientales, consideramos que el tratamiento de los niños con TDAH debe planificarse bajo una perspectiva lo más global o integradora posible, centrada en el uso de los recursos psicoterapéuticos, y psicofarmacológicos cuando sea necesario, y en estrecha coordinación entre los profesionales (médicos, psicólogos y educadores) y la familia.

En la actualidad existe un amplio abanico de alternativas para el tratamiento de los pacientes con TDAH, aunque insistimos en que la individualización del tratamiento es la base de su éxito, ya que hasta la fecha no se dispone de un tratamiento universalmente eficaz.

En este capítulo describiremos en primer lugar las modalidades de intervención psicosocial para el tratamiento del TDAH centradas en el contexto familiar y escolar; a continuación revisaremos las modalidades de intervención de tipo farmacológica; en tercer lugar desarrollaremos la modalidad de intervención multimodal o combinada y finalmente se revisarán los tratamientos complementarios o también llamados alternativos. Finalizaremos el capítulo revisando los factores predictores de respuesta al tratamiento del TDAH.

3.1. Intervención psicosocial

En los siguientes apartados se describen en primer lugar las técnicas o componentes que comúnmente se incluyen en las intervenciones psicosociales, para pasar posteriormente a revisar su eficacia en los distintos contextos donde se desarrolla la vida diaria del niño hiperactivo.

3.1.1. Técnicas o componentes de las intervenciones psicosociales

En los últimos años se ha constatado la importancia de los factores psicosociales y contextuales, tanto en la valoración como en el tratamiento del TDAH (Roselló, García, Tárraga y Mulas, 2003; Santos y Bausela, 2007).

En el marco de las intervenciones psicosociales contextualizadas, se suelen llevar a cabo programas de formación a padres y a maestros en el manejo

del TDAH. La idea central es intervenir en los contextos naturales de desarrollo y con las personas significativas que rodean al niño con TDAH, a ser posible de forma coordinada, para garantizar la deseable generalización de los resultados positivos derivados de las intervenciones.

Los componentes o estrategias que suelen incluirse en este entrenamiento a padres, maestros y niños hiperactivos son fundamentalmente las técnicas de modificación de conducta, cognitivo-conductuales, instruccionales y en habilidades socio-emocionales.

Técnicas conductuales

La terapia de conducta trabaja con la hipótesis de que el comportamiento de los niños y de los adultos se puede aprender y modificar trabajando directamente sobre él mediante asociaciones adecuadas. La idea que justifica este enfoque es que nos comportamos en función de las consecuencias que recibimos y como consecuencia de ello podemos aumentar o disminuir cualquier tipo de conducta en función de las consecuencias que se apliquen tras la realización de ésta.

El primer paso a realizar en la aplicación de un programa de modificación de conducta es realizar una evaluación exhaustiva, de manera que podamos hacer un análisis funcional de la conducta lo más preciso posible, en el que identifiquemos especialmente los factores que están manteniendo la conducta inadecuada y trabajar sobre ellos. Para esto es necesario en primer lugar, delimitar claramente las conductas que se quieren cambiar, por ser inadecuadas, o las que se quieren lograr, mantener o acrecentar; llevar a cabo la observación sistemática y el registro de las conductas; analizar minuciosamente las contingencias existentes; construir un nuevo sistema de contingencias acorde con los objetivos propuestos y planificar un programa de refuerzos y por último evaluar el programa durante y después del tratamiento.

Las técnicas utilizadas en este tipo de terapias se denominan técnicas operantes o técnicas de modificación de conducta. Existen diferentes tipos de estrategias que utilizan el refuerzo o el castigo para establecer o incrementar las conductas positivas y reducir o eliminar las conductas negativas, asumiendo que

el comportamiento está modulado por contingencias ambientales (Miranda, Soriano, Presentación y Gargallo, 2000).

Las técnicas que tienen consecuencias positivas para el niño pueden ayudar a los padres o profesores a conseguir incrementar conductas que consideren positivas o adecuadas. Dentro de estas consecuencias positivas es tradicional distinguir entre las consecuencias o refuerzos sociales (alabanza, atención, contacto físico, etc.) y las consecuencias o refuerzos materiales (premios, privilegios, etc.). Estas técnicas positivas requieren que el adulto preste atención a las conductas adecuadas que normalmente pasan desapercibidas. Brevemente señalar que la alabanza debe ser oportuna, descriptiva, sincera y que incluya comentarios positivos evitando reticencias, sarcasmos o comparaciones con situaciones anteriores. La atención positiva aplicada al niño en momentos adecuados es un reforzador muy poderoso y no requiere gran esfuerzo, ya que, a veces, es suficiente con mirar al niño a los ojos, sonreírle, hacerle un comentario personal o realizar una actividad con él para que mantenga el comportamiento positivo que está realizando. En especial con los niños pequeños, el contacto físico puede ser un excelente reforzador social. En ocasiones, es necesaria la utilización de reforzadores materiales, específicos para cada niño en función de su edad y preferencias.

También existen algunas técnicas para reducir o eliminar los comportamientos no deseados que aplicadas tras una conducta negativa o disfuncional aumentan la probabilidad de que ésta disminuya o desaparezca. Para niños con TDAH se utilizan especialmente la extinción, el costo de respuesta y el aislamiento o “tiempo fuera”. Así como la atención positiva hemos comentado que es considerado como uno de los reforzadores más potentes, la retirada total de atención, o extinción, podemos considerarlo como el castigo más eficaz, pero quizás el procedimiento de disciplina más difícil de llevar a la práctica por el elevado grado de autocontrol que exige al adulto que lo ejecuta. La retirada de privilegios o costo de respuesta también se ha mostrado efectiva en numerosas ocasiones para reducir significativamente los síntomas centrales del TDAH y aumentar la productividad académica, según las estimaciones conductuales de los profesores (Carlson y Mann, 2000). Asimismo, se ha constatado una disminución significativa del número de conductas disruptivas

como consecuencia de la aplicación del costo de respuesta (Gordon, Thomason, Cooper e Ivers, 1991).

Normalmente es necesario el uso combinado de las técnicas presentadas anteriormente, que incluyan estrategias combinadas tanto para aumentar conductas positivas como para disminuir conductas disruptivas. Para ello existen los sistemas de economía de fichas y el contrato de contingencias, que suelen incluir el manejo de refuerzos positivos y negativos importantes. El sistema de economía de fichas es uno de los programas más eficaces para lograr cambios conductuales en niños pequeños, mientras que el contrato de contingencias es muy útil con niños mayores que puedan adaptarse a demoras en las gratificaciones.

Pero con independencia de la técnica o técnicas utilizadas, cuando se aplican los procedimientos de modificación de conducta a niños con TDAH hay que tener en cuenta que las consecuencias han de otorgarse de forma rápida y automática y proporcionarse más frecuentemente que a los niños sin este trastorno. Los refuerzos han de ser más potentes e intensivos y deben cambiarse con mayor frecuencia porque suelen perder fácilmente su valor. Asimismo, es importante comprender que la anticipación es una cuestión “clave” con los niños con TDAH. Esto significa que tiene que planificarse con mucha antelación las fases de transición de una consecuencia a otra y asegurarse que el niño es consciente del cambio en los premios, en las reglas o en los castigos (Miranda y Presentación, 2000).

En una revisión realizada por Smith y cols. (2000) en relación con la eficacia y seguridad de los tratamientos conductuales para el TDAH no se ha encontrado ningún trabajo que haya informado de efectos negativos tras la implementación de dicha intervención.

Por su parte, Luman, Oosterlaan y Sergeant (2005) realizaron un metaanálisis con 22 estudios para analizar el impacto de las contingencias de reforzamiento sobre el TDAH. Confirmaron su eficacia y destacaron el carácter idiosincrático de la respuesta de estos niños a los reforzadores y/o alabanzas.

Un metanálisis más reciente realizado por Fabiano et al., (2009) representa la primera síntesis exhaustiva de la investigación de la literatura existente hasta el momento de los tratamientos para el TDAH que se extiende a todos los

tratamientos de modificación de conducta y tipos de diseño desde el primer artículo identificado de tratamiento para el TDAH en 1976.

Los resultados claramente apoyan la efectividad de los tratamientos conductuales para el TDAH y son consistentes a lo largo de los estudios, independientemente del método o diseño empleado, lo cual sugiere la capacidad de generalización de los resultados. En todos los diseños el tratamiento conductual es claramente mejor que el control, y los efectos de la intervención son sustanciales.

Una cuestión todavía discutida es qué intensidad de tratamiento conductual es necesaria para producir efectos clínicamente significativos en niños con TDAH. Aunque las correlaciones mostradas en este meta-análisis muestran que el número de sesiones no está asociado con el tamaño del efecto del estudio, el rango de las sesiones era relativamente pequeño.

Otra cuestión a tener en cuenta es la generalización. Los resultados del metanálisis sugieren que los tratamientos conductuales son efectivos a través de diferentes contextos y sujetos con diversas características. Por otro lado, los autores no pueden analizar el mantenimiento de los resultados debido a la alta mortandad que informan los diferentes estudios. Éste hallazgo es relevante si tenemos en cuenta que el TDAH es actualmente conceptualizado como un trastorno crónico que requiere de tratamiento a lo largo de la vida. Así, se ha criticado el hecho de que la mayoría de estudios que analizan la eficacia de estos programas son de corta duración.

Asimismo, algunos trabajos critican también que los tratamientos conductuales generalmente producen mejoras en los problemas de conducta de los niños más que en los síntomas específicos del TDAH, lo que sugiere que este tratamiento es más eficaz cuando existen conflictos padres-hijos, profesores-alumno o entre compañeros (Antshel y Barkley, 2008), hecho que por otra parte ocurre con bastante frecuencia.

Además, existe poca evidencia del mantenimiento de las mejoras obtenidas una vez el tratamiento ha sido retirado, ni tampoco de generalización de la conducta aprendida en otras situaciones en las que no están operativos los procedimientos de intervención. Esta importante limitación es explicada por Antshel y Barkley (2008) mediante el concepto de “prótesis ambiental”. Para

estos autores las intervenciones conductuales son medios de reordenamiento ambiental artificiales que ayudan a conseguir realizaciones exitosas. En este sentido serían comparables con la medicación. Ambos producen sólidos beneficios en los niños con TDAH mientras el tratamiento está funcionando y ninguno está relacionado con el origen de los problemas de conducta que presentan.

Es más, algunos estudios han evidenciado tasas de abandono de las intervenciones psicosociales para el TDAH por parte de los padres de un 30%-60% (Friars y Mellor, 2007). Entre las variables que han sido relacionadas con este abandono destacan las siguientes: a) hijos con TDAH y problemas de conducta severos; b) padres con baja confianza en sí mismos para manejar el comportamiento de sus hijos; c) desacuerdo de los padres con principios básicos del programa de intervención; d) manifiesta necesidad de los padres de asistir a grupos de apoyo adicionales y durante más tiempo; y e) necesidad de una instrucción individualizada adicional.

Técnicas cognitivas o cognitivo-conductuales

La terapia de modificación cognitiva de la conducta, surgió gracias al reconocimiento de los científicos a finales de los años 60, de la relevancia de los procesos cognitivos en el cambio conductual (Meichenbaum, 1977)

Los métodos cognitivos centran la atención en trabajar con los procesos cognitivos y los procesos mentales que regulan la conducta para ayudar al niño a ser autónomo e incrementar su autocontrol. Los primeros autores que utilizaron las técnicas cognitivas con niños con problemas comportamentales fueron Bandura (1986), Meichenbaum y Goodman (1969) y Spivack y Shure (1974). A estas aportaciones hay que sumar la de Vygotsky (1977) y Luria (1986) donde se hablaba de la importancia que parecían tener las verbalizaciones sobre la regulación de las conductas motoras en niños pequeños. La idea fundamental de estos dos autores es que el lenguaje, además de servirnos para comunicarnos con los demás, nos sirve para comunicarnos con nosotros mismos para controlar nuestra propia conducta, factor muy importante en el tratamiento de niños con TDAH.

El entrenamiento en estrategias de autorregulación se distingue del conductual por su énfasis en las actividades cognitivas en las que el control, en

lugar de ejercerlo el adulto, lo ejerce el propio niño. En este proceso, el lenguaje privado desempeña un papel primordial. Su objetivo prioritario es desarrollar el autocontrol, que está fundamentado en la capacidad del sujeto para observar su propio comportamiento, evaluarlo en relación con las reglas de funcionamiento y captar sus resultados o consecuencias. Los niños con TDAH manifiestan dificultades significativas en esta área por lo que dentro del tratamiento cognitivo para el TDAH se implementan técnicas como: las autoobservación, las autoinstrucciones, la autoevaluación y la resolución de problemas.

La *técnica de autoobservación* intenta hacer consciente al niño de su conducta. Por ejemplo, si está o no prestando atención a su trabajo a fin de propiciar el mantenimiento o mejora de su concentración. El niño, una vez definidas las conductas a observar y los procedimientos de registro, realizará las tareas observando y anotando su conducta al escuchar una señal. Esta técnica no sólo puede aplicarse a nivel individual sino que resulta posible su utilización con un pequeño grupo si se especifica aún más cuál es la conducta a observar (Hallaham, Kneedler y Lloyd, 1983).

Las *autoinstrucciones* o autoverbalizaciones potencian el pensamiento secuencial, facilitan la comprensión de situaciones y sirven de mediadores en la guía o control del comportamiento (Meichenbaum y Goodman, 1969). Según Luria (1986) podemos encontrar las siguientes fases para la regulación de la propia conducta a través del lenguaje interno: El niño es dirigido por el habla externa del adulto; el niño se da la orden él mismo cuchicheando; el niño se da la orden él mismo en voz alta; el niño dirige sus conductas mediante lenguaje interno.

La *autoevaluación* es otra técnica cognitivo-conductual que ha mostrado eficacia en niños con TDAH (Ardoin y Martens, 2004; Hinshaw y Melnick, 1992; Mathes y Bender, 1997; Shapiro, DuPaul y Bradley-Klug, 1998). El entrenamiento en *autoevaluación reforzada* comienza con un ejercicio llamado “el juego de estar de acuerdo”, mediante el cual los niños practican, junto con el profesor o terapeuta las habilidades de autoevaluación en diferentes situaciones. La parte esencial del entrenamiento es la discusión que tiene lugar cuando el niño y el adulto comparan sus respectivas puntuaciones. El instructor deberá motivar al niño para que recuerde los aspectos positivos y negativos de su conducta durante la

actividad y aclararle las razones por las que le ha dado una determinada puntuación.

Otra técnica cognitivo-conductual utilizada para niños con TDAH es la de *solución de problemas*. Tiene como objetivo aumentar el grado de autonomía del sujeto y el desarrollo de habilidades para la autodirección y el autocontrol, que es uno de los factores deficitarios en los niños con TDAH, como consecuencia de la impulsividad. El procedimiento es el siguiente (en Loro-López et al., 2009): orientación general y reconocimiento de problemas; definición, formulación y análisis del problema; búsqueda de posibles soluciones, generar alternativas; toma de decisiones; elaborar planes precisos de acción; llevar a cabo la solución elegida y evaluar los resultados.

Con el objeto de incrementar la capacidad de autorregulación del niño centrada en una tarea, se han desarrollado algunos programas sistemáticos en los que se combina la técnica autoinstruccional con la de resolución de problemas y el manejo de contingencias, como el programa *“Párate y Piensa”* (Kendall, Padever y Zupan, 1980), el *“Piensa en voz alta”* (Camp y Basch, 1980) o el *Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad* (PIAAR, Gargallo, 1993). Incluyen todo un conjunto de actividades variadas, personales e interpersonales, que los niños tienen que resolver aplicando la secuencia autoinstruccional.

Otras dos técnicas que revisten una especial utilidad para niños con TDAH y conductas agresivas asociadas son la *“técnica de la tortuga”* (Schneider y Robin, 1990) y la *“técnica del control de la ira”* (Hughes, 1988). La primera se aplica a partir de un cuento, fundamentalmente con niños de Educación Infantil y primer ciclo de Educación Primaria. La complejidad de la técnica de Hughes (1988) la hace más aconsejable para niños más mayores. En ambos casos, la finalidad es proporcionar a los niños medios para que puedan canalizar su propia ira.

Intervenciones escolares

Estas intervenciones se basan en procedimientos instruccionales, y acomodaciones ambientales y organizacionales, que han demostrado resultar de gran utilidad para ayudar al niño con TDAH a enfrentarse o compensar sus dificultades académicas y sociales asociadas al trastorno (Miranda et al., 2006).

Diferentes guías de práctica clínica reconocen y sugieren este tipo de intervención. Así, la guía americana ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement, 2007) indica que las intervenciones no farmacológicas, como el manejo de contingencias y las adaptaciones y modificaciones educativas en el aula han demostrado que ayudan al niño con TDAH.

Asimismo, la guía de la Asociación Americana de Pediatría (AAP, 2001) indica que cuando el TDAH tiene un impacto significativo en la competencia académica del niño es necesario que las escuelas lleven a cabo adaptaciones para ayudarles en el aula.

De forma similar, la Guía británica NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009) indica que los niños y adolescentes con TDAH requieren un programa de intervención escolar que incluya actuaciones académicas y conductuales, y recomienda que los docentes que hayan recibido formación en TDAH les proporcionen intervenciones conductuales en el aula.

En España, la guía de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud (SNS, 2010) aporta una serie de orientaciones de Mena y colaboradores (2007), sobre las adaptaciones instruccionales que se consideran necesarias:

- Técnicas de entrenamiento en autocontrol, resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales o técnicas de relajación
- Adecuar el entorno y controlar el nivel de distractores en el aula
- Ajustar las tareas y expectativas a las características del niño o adolescente reduciendo, si fuera necesario, el nivel de exigencia o simplificando las instrucciones que se le dan para llevar a cabo las tareas, mediante instrucciones breves, simples y claras. Esta es una de las estrategias que ha recibido mayor respaldo experimental, junto con la enseñanza activa de las reglas de la clase (DuPaul y Weyandt, 2006)
- Permitir a los estudiantes elegir entre la realización de tres diferentes tareas que puedan formar parte del currículo académico. El estudio de Powel y Nelson (1997) demostró que esta estrategia reducía las conductas inapropiadas de desobediencia, estar fuera del sitio, molestar a otros y no trabajar.
- Adecuar las *formas* de evaluación, modificando la manera de administrar y evaluar las pruebas y exámenes. En este sentido, la realización de descansos

durante la ejecución de una actividad se ha encontrado que reduce de manera significativa las conductas fuera de la tarea, tales como verbalizaciones inapropiadas, desobediencia o jugar con los objetos (Ridgway, Northup, Pellegrin, LaRue y Hightsoe, 2003).

- Complementar las instrucciones orales con instrucciones directas y recordatorios visuales. Esta estrategia ha sido utilizada con éxito en poblaciones con diferentes dificultades (Jitendra, Edward, Sacks y Jacobson, 2004).

- Procurar un adecuado nivel de motivación en el alumno ofreciendo retroalimentación frecuente sobre sus mejoras en el comportamiento y su esfuerzo. Asimismo, es más probable que los alumnos atiendan y completen sus tareas cuando son presentadas conteniendo estímulos motivadores centrales y estímulos secundarios minimizados (Zentall, 1989).

Entrenamiento en habilidades socioemocionales

El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) es un trastorno heterogéneo, que se acompaña con frecuencia de una baja competencia y funcionamiento social (Pardos, Fernández y Martín, 2009). Teniendo en cuenta que las relaciones sociales son un buen factor predictivo del desarrollo de la personalidad y de la salud mental, su afectación merece un estudio más profundo con vistas a tenerlas presentes en los ámbitos diagnósticos, terapéuticos y educativos.

Los indicadores sociométricos son medidas indirectas de este funcionamiento social y destacan claramente que el 74% de los niños con un TDAH subtipo combinado son rechazados por sus compañeros y que el estado de rechazo suele ser frecuente y constante (Nixon, 2001).

Las causas del rechazo pueden agruparse en dos conjuntos: conductas molestas (desorganizadas, antisociales y agresivas) y características de personalidad (mal carácter, egoísta, mal compañero, prepotente, etc.), y ya en menor medida, características académicas (García, Presentación, Sighthaler y Miranda, 2006).

Ahondando en los motivos de los problemas interpersonales, la bibliografía desvela la frecuente aparición de déficit en la comunicación no verbal y, en particular, de los aspectos receptivos (Pelc, Kornreich, Foisy y Dan, 2006).

En este sentido, el correcto reconocimiento de expresiones faciales de emociones desempeña un papel fundamental en el desarrollo y la regulación de las relaciones interpersonales; de este modo, se han observado marcadas diferencias en la capacidad de percibir correctamente emociones entre niños socialmente aceptados y rechazados.

Pelc y colaboradores (2006) compararon el rendimiento de un grupo de niños con TDAH y un grupo control en el reconocimiento de expresiones faciales emocionales. Los resultados indicaron que el grupo TDAH cometió un número significativamente mayor de errores que el grupo control al etiquetar las expresiones faciales emocionales. Estos autores reúnen evidencias empíricas sobre la presencia de problemas perceptuales en el TDAH, haciendo un énfasis particular en los problemas visuoperceptivos, y relacionándolos con las dificultades en el dibujo, la escritura o la lectura. Igualmente, tampoco excluyen déficits perceptuales más específicos, que podrían implicar a diferentes áreas corticales necesarias para un adecuado procesamiento de expresiones faciales de emociones y que están afectadas tal y como se ha demostrado en los últimos estudios neurorradiológicos en niños y adolescentes con TDAH (Pardos et al., 2009). En este mismo trabajo se indica que los niños con TDAH tienen más dificultades que los niños del grupo control a la hora de reconocer emociones como el enfado o la tristeza y son menos conscientes de sus errores.

En un estudio anterior (Singh et al., 1998) se observó cómo los niños con TDAH también confundían las emociones de enfado y disgusto; estos autores concluyen que las dificultades sociales de los niños con problemas de conducta provienen de un sesgo en la percepción de emociones, mientras que las dificultades de los niños con TDAH provienen de un fallo al atender a las pistas apropiadas de la emoción, lo cual tendría importantes implicaciones para el tratamiento (entrenamiento en el reconocimiento de emociones y autoajuste correspondiente).

Las dificultades interpersonales de los niños con TDAH no están restringidas exclusivamente al grupo de pares, y aparecen también en las relaciones con profesores y padres. Los profesores, que en clase pasan más tiempo interactuando con los niños con TDAH que con el resto de los alumnos, tienden a mostrarse más controladores y a responder con mayor número de

conductas negativas. En casa, las díadas formadas por un niño con TDAH emprenden mayor número de interacciones negativas que las compuestas por dos niños sin TDAH. En situación de juego libre con las madres, los niños del grupo TDAH se muestran más negativos e independientes de sus madres que los niños del grupo control (Alizadeh, Applekist y Coolidge, 2007).

Concluyendo, existen diversas técnicas en el tratamiento psicosocial del TDAH en la infancia que son componentes fundamentales de las intervenciones que se implementan en los contextos naturales del niño. Pasamos a continuación a revisar los estudios dirigidos a analizar la eficacia de estas intervenciones en los contextos familiar y escolar.

3.1.2. Eficacia de las intervenciones psicosociales en los contextos naturales del niño con TDAH

Como hemos desarrollado en el primer punto de este estudio, entendemos el desarrollo como el resultado de la interacción constante y dinámica que se produce entre las influencias biológicas y ambientales de la persona, presentando una enorme potencialidad y plasticidad. En esta línea, los procedimientos de evaluación e intervención más efectivos para el TDAH deben contemplar los contextos principales donde el niño se desenvuelve (escuela, familia y comunidad), contando con un equipo multidisciplinar para manejar el trastorno de forma eficaz (Miranda et al., 2001).

De otra forma, podríamos decir que el niño no crece y madura solo. La evolución del niño y del adolescente, su salud mental o su psicopatología, se desarrollan en el tejido de las relaciones interpersonales familiares y escolares. Cada ser humano tiene unas características innatas, sus recursos y sus limitaciones; cada edad tiene sus capacidades, necesidades, problemas y crisis; de cómo el entorno responda a todo, de las dinámicas relacionales que se creen, dependerá la calidad de la evolución que el niño y el adolescente logren hacer (Torras, 2007). Por consiguiente, la normalidad y la psicopatología son el resultado de esta evolución y no podrá comprenderse sin considerar las experiencias que tienen lugar en estos sistemas sociales, y en particular en la familia, como contexto primario de socialización (Miranda et al., 2008).

Sin duda alguna, los padres y también los profesores van a ser claves tanto en la detección del trastorno como en la evolución del niño con TDAH,

pero necesitan asesoramiento y acompañamiento profesional (Soutullo y Díez, 2007). Defendemos la psicoeducación familiar y escolar como una pieza fundamental dentro del tratamiento.

Contexto familiar

*“Enseñarás a volar, pero no volarán tu vuelo.
Enseñarás a soñar, pero no soñarán tu sueño.
Enseñarás a vivir, pero no vivirán tu vida.
Sin embargo... en cada vuelo, en cada vida, en cada sueño,
perdurará siempre la huella del camino enseñado.”*

Madre Teresa de Calcuta

Un contexto de relevancia incuestionable en el desarrollo del niño es la familia, dentro del cual podemos subrayar el clima familiar como uno de los factores de mayor importancia en su ajuste psicosocial (Estévez, Musitu y Herrero, 2005; Moreno, Estévez, Murgui y Musitu, 2009). El clima familiar está constituido por el ambiente percibido e interpretado por los miembros que integran la familia y ha demostrado ejercer una influencia significativa tanto en la conducta como en el desarrollo social, físico, afectivo e intelectual de los integrantes (Zimmer-Gembeck y Locke 2007).

Así, un clima familiar positivo hace referencia a un ambiente fundamentado en la cohesión afectiva entre padres e hijos, el apoyo, la confianza e intimidad y la comunicación abierta y empática; se ha constatado que estas dimensiones potencian el ajuste conductual y psicológico de los hijos (Lila y Buelga, 2003; Musitu y García, 2004). Por el contrario, un clima familiar negativo, carente de los elementos mencionados, se ha asociado con el desarrollo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes (Bradshaw, Glaser, Calhoun y Bates, 2006). Diversos estudios han mostrado que el clima familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación entre padres e hijos, así como la carencia de afecto y apoyo, dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales en los hijos que resultan fundamentales en la interacción social, tales como la capacidad de identificar soluciones no violentas a problemas interpersonales (Demaray y Malecki, 2002; Lambert y Cashwell, 2003).

La importancia del clima familiar para el buen desarrollo psicológico y emocional de los hijos es especialmente importante en los niños con trastornos del desarrollo como el TDAH. En este caso, la familia es un elemento esencial,

junto con los profesores, no sólo en la detección del problema, sino por la relación bidireccional que se da entre la familia y el niño con TDAH. Por un lado, la sintomatología de este trastorno repercutirá en la dinámica familiar, y a su vez ésta puede influir en el niño de manera que mejorará, mantendrá o aumentará la sintomatología.

Estamos de acuerdo con Barudy (2010, citado en Escardíbul et al., 2012) en que para que un niño llegue a encajar dentro de la sociedad necesita de unos padres que le proporcionen afecto, cuidados, educación y estímulos para su desarrollo, que le ayuden a integrar una imagen de sí mismo contributiva y positiva. Esto no siempre es posible cuando las manifestaciones del hijo suponen unas dosis de culpa y estrés para la familia, a la que se añade la presión exterior de la escuela, espacios de ocio, familia extensa o amistades que tampoco entienden que está pasando con este niño.

La mayoría de investigaciones coinciden en resaltar que los padres de niños con TDAH suelen sufrir sentimientos de frustración, culpabilidad, estrés, baja autoestima, insatisfacción con su rol parental y desconfianza en sus habilidades como padres (Miranda et al., 2007; Roselló et al., 2003). Los padres de niños con TDAH se consideran menos competentes en el desempeño de su rol como padres y valoran que su calidad de vida es poco satisfactoria (McLaughlin y Harrison, 2006). Además, cuando se comparan con los padres de niños sin TDAH se sienten más deprimidos y consideran que su función de padres les limita y condiciona en gran manera su tiempo personal (Escobar et al., 2005). Asimismo, muestran sentimientos fuertes de desajuste entre las expectativas que tenían y las características reales físicas y emocionales de sus hijos.

No hay duda de que los niños con TDAH provocan altos niveles de expresión de emociones negativas por parte de sus padres, eso es, críticas, hostilidad o sobreimplicación emocional, que se asocian con el desarrollo de problemas de conducta en la adolescencia (Taylor, Chadwick, Heptinstall y Danckaerts, 1996).

De hecho, posiblemente la conclusión práctica más interesante que se deriva de la bibliografía es la relación positiva que existe entre el estrés que produce la crianza de niños con TDAH y la aplicación en la familia de técnicas de disciplina inadecuadas (Pinderhugles, Dodge, Bates y Pettit, 2000). Constituye un

asunto que tiene trascendencia, ya que los procedimientos disciplinarios caracterizados por la aserción de poder, la permisividad o la inconsistencia son factores de riesgo que potencian la gravedad de la sintomatología del TDAH y la aparición de trastornos de conducta.

Varios estudios empíricos han suministrado información sobre el uso de métodos de disciplina inadecuados en familias que tienen niños con TDAH: aplicación de más estrategias agresivas (Miranda et al., 2007), empleo de estilos disciplinarios más autoritarios que los de padres de niños con otras psicopatologías (Lange et al., 2005) y menos comunicación con los hijos incluso cuando están en edad preescolar (Keownn y Woodard, 2002). En la misma línea, las observaciones de las interacciones padres-hijos han puesto de manifiesto que los padres que tienen hijos con TDAH usan un tono de voz más serio y hacen comentarios más negativos sobre el comportamiento de sus hijos, por lo que imponen límites estrictos pero sin ofrecer explicaciones al respecto (Miranda et al., 2007).

Muy recientemente, Miranda, Presentación, Colomer y Roselló (2011), han analizado la satisfacción con la vida, el autoconcepto, la coherencia y las cualidades de adaptación de 56 padres de niños con TDAH. Se han obtenido, entre otros, los siguientes datos: a) los problemas de conducta de los hijos mantienen una relación negativa y significativa con la satisfacción con la vida; y b) la satisfacción con la vida se relaciona positivamente con el autoconcepto y con las cualidades de adaptación.

Teniendo en mente las anteriores consideraciones resulta evidente la necesidad de intervenir no sólo directamente en los síntomas nucleares que presenta el niño con TDAH sino también paralelamente en el contexto familiar donde éste se desarrolla. Los programas de intervención para padres deben tener como uno de sus principales objetivos generar en la familia los recursos necesarios para transformar ese clima familiar muchas veces hostil, cargado de impotencia y descontrol, en un clima de cooperación y armonía.

En este sentido, autores como Kazdin (2001), han identificado una serie de “componentes críticos” que deben incluirse en los programas de intervención para padres:

1) Promover la observación y la empatía hacia los hijos y así poder pensar más allá de la conducta del niño. Los padres deberán aprender a evitar descripciones globales sobre la conducta del niño y a observar los antecedentes y consecuentes que explican sus conductas.

2) Enfatizar la conducta positiva de los niños. Los padres deberán aprender a tomar contacto no sólo con las dificultades de los hijos, también con sus capacidades, a prestarles atención y promoverlas adecuadamente.

3) Proporcionar instrucciones de modo apropiado. Se ha de subrayar la importancia de una comunicación clara, no ambigua, de padres a hijos.

4) Instaurar técnicas de disciplina no basadas en el castigo físico. Los padres deben ser orientados en el empleo de diversos procedimientos, alternativos al castigo físico, en el manejo de la conducta inadecuada.

5) Dar a conocer los principios del aprendizaje social que sustentan las técnicas del programa, haciendo que los padres conozcan el fundamento de cada estrategia promovida durante la intervención.

6) Comunicación eficaz, resolución de problemas, autocontrol. Los padres deben aprender a escuchar activamente, a resolver conflictos, y afrontar emociones como la ira o la depresión, con frecuencia derivadas de la propia conducta del niño.

7) Generalización. Es crucial preparar a los padres en la aplicación de las habilidades en distintos contextos, así como mejorar la colaboración con la escuela.

A continuación, revisaremos la eficacia demostrada por las distintas técnicas o componentes que pueden incluirse en un programa de entrenamiento a padres.

Desde que en la década de los 60 se comenzara a considerar cómo los propios padres pueden lograr cambios conductuales en sus hijos a partir del empleo de *técnicas de modificación de conducta*, y se emprendiese el empleo de los primeros programas de entrenamiento como herramienta clínica, numerosas investigaciones dedicaron sus esfuerzos a estudiar la eficacia de estas intervenciones.

Los programas de entrenamiento para padres en técnicas conductuales han sido apoyados de forma consistente a través de diferentes estudios, considerándose un tratamiento de primera elección para los problemas cotidianos del comportamiento infantil, ya que supone un abordaje eficiente de esta problemática (Sanders, 2002).

Específicamente, los programas de entrenamiento a padres de niños con TDAH, suelen incluir por un lado sesiones dirigidas a aumentar los conocimientos de los padres sobre TDAH (etiología, curso evolutivo, pronóstico, problemas y trastornos asociados...) y, por otro, sesiones dirigidas al entrenamiento en técnicas de modificación de conducta para promover la atención y la obediencia, así como para reducir los comportamientos disruptivos de sus hijos con TDAH mediante la modificación de los antecedentes y de las consecuencias de su comportamiento. Los métodos de enseñanza suelen ser la instrucción directa, el modelado, el juego de roles, el diálogo y las tareas para casa. Además el tratamiento puede tener carácter individual o grupal.

En las dos últimas décadas, se han elaborado diversos programas para padres de niños con TDAH, como el *Programa de Barkley* (1997b), el *Triple P-Positive Parent Program* (Sanders, Markie-Dadds, Tully y Bor, 2000), o el *Programa The Incredible Years* (Jones, Daley, Hutchings, Bywater y Eames, 2008).

Por su elaboración y estructuración, destaca el programa desarrollado por Barkley (1997b), dirigido a mejorar la capacidad de los padres para manejar comportamientos difíciles de sus hijos con TDAH. El programa consta de 8 sesiones de una o dos horas de duración en las que las familias pueden participar a nivel individual o con otras familias.

En la primera sesión, se proporciona a los padres conocimientos básicos sobre el TDAH. En la segunda sesión, se intenta cambiar el pensamiento de los padres que centra la responsabilidad del problema sólo en su hijo. En la tercera sesión, donde participa también el niño, el objetivo es hacer conscientes a los padres de que las interacciones padres-hijo pueden ser gratificantes. También se habla de la importancia de prestar una atención especial a las conductas positivas o adecuadas de su hijo. Las sesiones cuarta, quinta, sexta y séptima, se centran en la enseñanza y aplicación de técnicas de modificación de conducta. La última sesión se dedica a revisar las técnicas enseñadas antes.

Siguiendo el programa de Barkley (1997b), Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury y Weks (2001) han evaluado la eficacia diferencial de dos modalidades de formación para padres de niños con TDAH: a) entrenamiento en técnicas, y b) consejo no directivo. Los resultados señalaron que fue significativamente más eficaz el primer tipo; es decir, el entrenamiento específico en técnicas de manejo del TDAH a padres para reducir los síntomas centrales del TDAH y la conducta disruptiva.

Por su parte, el *Triple P-Positive Parent Program* (Sanders et al., 2000) se desarrolla en 8 semanas, con dos sesiones grupales por semana de dos horas de duración cada una de ellas. Se dirige a mejorar dos aspectos: a) los factores de protección familiar, y b) los problemas emocionales y de conducta de los niños. Más concretamente, algunos de los objetivos del programa son:

- Mejorar el conocimiento, habilidades, confianza y autosuficiencia de los padres.
- Crear un ambiente natural, seguro, positivo y sin conflictos en el hogar.
- Apoyo de la pareja y habilidades de comunicación.
- Prevenir problemas en situaciones de alto riesgo.
- Manejo emocional y afrontamiento.

Este programa ha mostrado ser eficaz para disminuir significativamente los problemas de conducta, reduciendo los estilos disfuncionales de los padres y aumentando la competencia parental (Bor, Sanders y Markie-Dadds, 2002; Ireland, Sanders y Markie-Dadds, 2003).

En la misma línea se sitúa otro programa que recoge una intervención con los padres de los niños con TDAH: *The Incredible Years* (Jones et al., 2008). A título de ejemplo, ha incluido una intervención preventiva para padres de niños preescolares con signos de TDAH y problemas de conducta. Se desarrolla durante 12 semanas, a razón de dos sesiones a la semana, basándose en una aproximación colaborativa. Los resultados han indicado una reducción significativa de los síntomas en los niños, que se mantiene en una fase de seguimiento 12 meses después.

Otro programa de intervención que ha mostrado ser efectivo en el TDAH es el de Miranda y García (2007), que se fundamenta en las necesidades de las

familias de estos niños, proponiendo un modelo comprensivo de actuación, incluyendo 6 módulos:

- 1- Educación sobre TDAH.
- 2- Comprensión del estrés.
- 3- Reestructuración cognitiva.
- 4- Solución de problemas.
- 5- Habilidades de comunicación.
- 6- Estrategias de disciplina.

En síntesis, los programas para padres basados en el entrenamiento en *técnicas de modificación de conducta* han resultado eficaces para tratar el TDAH en los siguientes aspectos (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymys y Pelham, 2004; Fabiano et al., 2009):

- Reducción de los síntomas centrales del TDAH (Daly, Creed, Xanthopoulos y Brown, 2007; Sonuga-Barke et al., 2001).
- Reducción de síntomas externalizantes e internalizantes (Bor et al., 2002)
- Reducción del distrés familiar y mejora de las habilidades parentales (Bor et al., 2002; Daly et al., 2007).

Recientemente, se ha implementado con éxito una intervención piloto donde se entrena a los padres a ser un *coaching* de la amistad para sus hijos (*Parental Friendship Coaching*, PFC) (Mikami, Lerner, Griggs, McGrath y Calhoun, 2010). En otras palabras, se enseña a los padres a crear oportunidades sociales donde sus hijos puedan desarrollar buenas relaciones con sus iguales y unas adecuadas habilidades sociales. Estos estudios han evidenciado que recibir PFC predice mejoras en las habilidades sociales de los hijos.

Otro estudio que merece destacarse por su originalidad, es el de Fabiano y cols. (2009) en el que por primera vez se investiga la efectividad de un programa de entrenamiento conductual sólo para los padres de los niños con TDAH. En este estudio los padres son asignados aleatoriamente a un programa de entrenamiento a padres tradicional o a un programa de entrenamiento que incluía el paquete tradicional más entrenamiento en habilidades deportivas relacionadas con la práctica del fútbol (*coaching*).

Los resultados indicaron una mejora en ambos grupos en la conducta de los niños. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en los

síntomas de TDAH. Sin embargo, los padres que participaron en el programa de *coaching* indicaron que los niños habían mejorado más y que ellos se habían implicado más en el proceso de tratamiento (mayor asistencia a las sesiones, puntualidad en la llegada, realización de las tareas para casa, mayor satisfacción). Estos resultados sugieren una original forma de lograr una mayor implicación de los padres, que habitualmente no participan de una forma tan activa como las madres en el tratamiento de sus hijos, así como que el contexto deportivo puede ser un contexto efectivo para la enseñanza de estrategias educativas.

En los últimos años se ha impulsado el desarrollo de iniciativas terapéuticas más complejas. Siguiendo a Miranda y colaboradores (2008), consideramos que los programas de asesoramiento a padres deben ir más allá del modelo basado solamente en la formación sobre el trastorno o en el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta. Junto a estos componentes, hay que ofrecer a los padres espacios en los que se acoja tanto su preocupación como los sentimientos y maneras de proceder que los hijos despiertan o movilizan aportando orientaciones alternativas en el funcionamiento; facilitarles estrategias para reducir el nivel de estrés que puede provocar el comportamiento de sus hijos; enseñarles a identificar y valorar sus capacidades y los progresos; ayudarles a promover una distribución clara de responsabilidades y roles y a construir un estilo autoritario autoritativo o empático, no coercitivo ni sobreprotector (Miranda et al., 2008).

En esta línea, Adesida y Foreman (1999) han subrayado la importancia de *la intervención en grupo* con padres de niños con TDAH para tratar la tensión y el mayor número de problemas a los que se enfrentan en la educación de sus hijos. En este estudio, los beneficios percibidos de este tipo de intervención en grupo incluyeron: el apoyo emocional al compartir experiencias y emociones sobre el impacto de los problemas del hijo con un grupo de padres; la reducción del sentido de aislamiento; la provisión de información sobre servicios referidos al TDAH y la mejora de las relaciones con sus hijos debido al aumento de conocimientos.

Contexto escolar

"I have come to a frightening conclusion. I am the decisive element in the classroom. It is my personal approach that creates the climate. It is my daily mood that makes the weather. As a teacher I possess tremendous power to make a child's life miserable or joyous. I can be a tool of torture or an instrument of inspiration. I can humiliate or humor, hurt or heal. In all situations, it is my response that decides whether a crisis will be escalated or de-escalated, and a child humanized or de-humanized".

(Ginott, 1971, p.13.)

Los niños pasan gran parte de su tiempo en la escuela, un contexto fuente de conocimientos y experiencias sociales que le servirá, junto al contexto familiar, como base para el desarrollo y contrucción de su autoconcepto y personalidad (Lambert, Abbott-Shim, y McCarthy, 2002). Las aulas son organizaciones sociales en las que se crean determinados climas de aprendizaje y emocionales. Algunas clases son animadas y de apoyo, mientras otras son tranquilas, deprimentes y aburridas. Algunos profesores tienen un estilo activo, enérgico y altamente motivador para el aprendizaje, mientras otros, ya quemados, se sienten aislados, enfadados y sin entusiasmo. En algunas clases, los estudiantes están altamente motivados y siguen las reglas de conducta o convivencia sin dificultad, mientras que en otras, los estudiantes manifiestan falta de interés y son altamente indisciplinados (Zedan, 2010).

El clima social escolar ha sido objeto de estudio de diversas disciplinas, entre ellas, la sociología, la psicología y la pedagogía. Es un factor esencial a tener en cuenta en todo proceso educativo dada su influencia a corto y a largo plazo sobre el bienestar del alumno, su autoconcepto, motivación, logro académico e incluso en sus índices de empleabilidad posteriores (Rutter, 2000). Sin embargo, no existe todavía acuerdo respecto a su definición (Johnson y Stevens, 2006).

Moos (1979) lo define como un sistema compuesto por cuatro variables: el entorno físico, los aspectos organizativos, las características del profesor y las características del alumno. Considera que el clima escolar es un mediador entre estas variables y es configurado mediante las interacciones entre los alumnos y entre el profesor y los alumnos.

Posteriormente, Murray y Greenberg (2001) se detienen en la revisión de aspectos particulares más puntuales, entre ellos la personalidad como elemento explicativo de la conducta de los sujetos. Asumen que el estilo de estas particularidades permite aproximarse a la comprensión del comportamiento de

los grupos en escenarios socializantes, tal y como es la escuela. Mientras tanto, otros autores (Stein, 2001; y Rodríguez, 2004) abordan el clima escolar con una mirada sociológica y lo definen como el conjunto de las características psicosociales de un entorno educativo determinado por factores estructurales, personales y funcionales de la institución. Esto incluye las relaciones interpersonales y aspectos estructurales del estilo de enseñanza y organización de la clase, las expectativas del profesor hacia los estudiantes y su actitud hacia ellos, el nivel de control del profesor y el género y edad de los estudiantes. Además, según Stein (2001) el término “clima” incluiría también la nacionalidad, etnia y confesión religiosa de los estudiantes y profesores.

Posteriormente, se incluye en la consideración del constructo, el rol del docente como agente facilitador de los procesos comunicacionales y de aprendizaje para los educandos. Se considera que el clima escolar resulta directamente proporcional al grado en el que los estudiantes perciben que sus docentes les apoyan, con expectativas claras y justas (Klem, Levin, Bloom y Connel, 2004).

Asimismo, Noam y Fiore (2004) señalan cómo las relaciones interpersonales contribuyen al crecimiento, aprendizaje y hasta la mejora en el desarrollo de procesos terapéuticos; hablan de escuelas exitosas y las definen como aquellas donde los estudiantes se sienten respetados por sus profesores y cuyos niveles de pertenencia e identidad cohesiva son altos.

El clima social escolar también puede ser considerado como un constructo que implica a todos los que interactúan en la escuela o lo que es construido fundamentalmente por los profesores y los alumnos (Johnson y Stevens, 2006).

Más recientemente, Allodi (2010) define el clima social de los contextos de aprendizaje como el carácter distintivo de una escuela que incluye las características psicosociales del entorno educativo. Entre estas características señala las relaciones interpersonales entre el profesor y los alumnos, entre los propios alumnos, las creencias y conductas de los profesores, el estilo comunicativo de los profesores y las estrategias de manejo de la clase y de los procesos grupales por parte del profesor. Además, siguiendo a Allodi, otros conceptos relevantes para el estudio del clima social en entornos educativos son

la autoeficacia, el autoconcepto, la confianza, la cooperación, la participación, la jerarquía y la democracia.

Prado, Ramírez y Ortiz (2010), lo definen como el ambiente social que se vive en un escenario educativo, cuya calidad depende de las características de las relaciones entre los agentes educativos, las formas específicas de organización de la institución y el contexto socioeconómico y político donde se inserta. En su definición incluyen elementos de orden intrínseco, como los intereses, las necesidades y las expectativas de cada uno de los sujetos en asociación con aquellas condiciones extrínsecas referidas a aspectos formales de las organizaciones comunitarias a las que pertenecen.

Según Zedan (2010), un clima escolar es positivo para aprender, y para una adecuada integración del estudiante en la vida social de la clase, cuando el alumno lo percibe como un contexto de apoyo, igualitario, democrático y organizado de acuerdo a determinadas reglas o reglamento interno. Los buenos maestros poseen la habilidad de crear cálidas y genuinas relaciones con sus alumnos y establecer un clima grupal que apoya las relaciones positivas entre sus alumnos y les motiva a aprender (Allodi, 2002).

En relación a la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales, como los alumnos con TDAH, el desarrollo de un clima escolar favorable es particularmente importante. Estudios longitudinales y retrospectivos sobre trastornos de conducta muestran que el clima escolar es un factor importante a tener en cuenta en la prevención de conductas antisociales y es considerado como un factor protector para el desarrollo de problemas de conducta (Kuperminc, Leadbeater y Blatt, 2001; Martínez y Gras, 2011). Un clima social sensible y respetuoso en la escuela motiva a los alumnos con dificultades a participar activamente en el proceso educativo y en alcanzar mejores resultados (Allodi, 2010).

Por el contrario, los efectos de un clima escolar negativo pueden ser muy perjudiciales para alumnos con necesidades educativas especiales, tal y como señala un estudio longitudinal finlandés (Somersalo, Solantaus y Almqvist, 2002), que encontró que los alumnos con problemas emocionales y de conducta eran más vulnerables a los efectos negativos de un pobre clima escolar. Los autores concluyen que a cualquier alumno le beneficia un clima escolar positivo, pero

para un alumno con necesidades educativas especiales, todavía es más necesario un clima social adecuado para poder crecer a nivel personal.

La educación inclusiva implica que el profesor debe mejorar y desarrollar sus habilidades para crear en sus grupos un clima social óptimo que sea adecuado para todos los alumnos del grupo y no sólo para la mayoría. Los profesores que trabajan en contextos educativos inclusivos, donde los alumnos con dificultades severas completan satisfactoriamente su educación junto a alumnos sin dificultades, informan que su principal estrategia para lograrlo es crear un fuerte y positivo clima emocional en el grupo-clase (Allodi, 2010).

De acuerdo con lo expuesto, es necesario que se desarrollen y propaguen los principios que caracterizarían un buen clima escolar, para favorecer una educación inclusiva exitosa y prevenir el fracaso escolar, así como problemas de tipo externalizante o internalizante. Sin embargo, no siempre es fácil implementar estos principios en todas las organizaciones educativas. En muchas ocasiones los profesores se encuentran trabajando en organizaciones que tienden a definir su misión educativa de forma muy rígida, centrándola casi exclusivamente en la consecución de los objetivos curriculares, sin dar mayor importancia a otros objetivos de tipo emocional, personal y social (Fischman, Dibara y Gardner 2006).

Por otro lado, para que la escuela sea verdaderamente inclusiva, es necesario que los maestros orienten sus acciones hacia la integración de los niños con dificultades evolutivas, lo que requiere disponer de conocimientos básicos sobre estas dificultades de un modo específico.

En el caso concreto del TDAH, el maestro es una pieza esencial para que el que proceso de detección e intervención se lleve a cabo de una forma rigurosa y efectiva. Los docentes son a menudo los primeros en identificar a un niño o adolescente con problemas gracias a su posibilidad de observar una gran cantidad de comportamientos de los niños durante muchas horas en situaciones tanto estructuradas como de juego. Además, su contacto diario con diversos grupos de estudiantes les permite establecer comparaciones entre los comportamientos de un gran número de niños de la misma edad. Por eso no es de extrañar que los maestros sean los profesionales que realizan más remisiones iniciales de niños para evaluaciones específicas del TDAH (Snider,

Frankenberger y Aspenson, 2000). El rol de los maestros también es esencial en el establecimiento del diagnóstico, ya que las estimaciones que hacen de las conductas de los alumnos forman parte de los datos que permiten al evaluador establecer un diagnóstico, junto con las estimaciones de los padres y los resultados de las pruebas neuropsicológicas aplicadas al propio niño (Jarque et al, 2007; 2009).

De hecho, Kwasman, Tinsley y Lepper (1995) constataron que un 39% de los médicos trataba de ponerse en contacto con las escuelas de los niños remitidos y un 77% solicitaba un informe de la escuela. Así, en palabras de Snider et al (2003), *“las remisiones de los maestros ha llegado a ser un factor significativo que determina si un niño será diagnosticado con este trastorno”* (p. 49).

Finalmente, los maestros juegan un papel relevante también en relación al proceso de intervención. En este sentido, varios estudios han encontrado una relación positiva entre los conocimientos sobre TDAH de los maestros y la eficacia de las intervenciones llevadas a cabo (Snider, Busch, y Arrowood, 2003; Vereb y DiPerna, 2004). Asimismo, los maestros proporcionan un feedback sumamente útil sobre los efectos terapéuticos que tienen las intervenciones sobre diferentes áreas de funcionamiento del niño (social, académico, atencional, emocional, etc.).

La importancia de los profesores en la detección, evaluación e implementación de estrategias terapéuticas es clara y por este motivo se han incrementado en los últimos años las investigaciones centradas en valorar el conocimiento que tienen los profesores sobre el TDAH (Jarque y Tárraga, 2009; Jarque, Tárraga y Miranda, 2007; Ohan, Cormier, Hepp, Visser y Strain, 2008; Sciutto, Nolfi y Bluhm, 2004; West, Taylor, Houghton y Hudyma, 2005).

En esta línea de investigación, en Norte América, Jerome, Gordon y Hustler (1994) constataron que los profesores Canadienses y Americanos presentaban niveles moderados de conocimiento sobre el TDAH (78% los canadienses frente al 77% los americanos). En ambos países, los profesores fueron hábiles en la identificación de síntomas pero no en conocimientos sobre tratamiento. Otras investigaciones americanas, usando escalas diferentes, encontraron resultados similares (Sciutto, Terjesen y Frank, 2000; Vereb y Diperna, 2004). En general, la mayoría de los estudios americanos indican que los

profesores son hábiles identificando los síntomas centrales del TDAH pero son deficientes en cuanto a conocimientos sobre tratamiento.

Fuera de Norte América se han encontrado en algunos países resultados similares. Por ejemplo, en Australia y Nueva Zelanda (Bekle, 2004; Ohan et al., 2008; Curtis, Pisecco, Hamilton y Moore, 2006), también se encontró un mayor nivel de conocimiento sobre los síntomas y diagnóstico pero menos en cuanto a estrategias de tratamiento.

Por el momento, en España hay una relativa carencia de estudios sobre los conocimientos que tienen los maestros sobre TDAH, destacando los trabajos realizados por Jarque y colaboradores (2007; 2009). Los resultados no son tan esperanzadores como los descritos anteriormente pues señalan que los maestros españoles disponen de escasos a moderados conocimientos sobre el TDAH, pues contentaron correctamente a menos de la mitad de los ítems del cuestionario total (supone un 42.65%).

Estas diferencias en los resultados pueden deberse a distintos motivos relacionados tanto con la selección de la muestra de profesores realizada, como por el tipo de escala utilizada para la valoración.

En cuanto a la selección de la muestra, cabe resaltar la existencia de una relación lineal entre la experiencia docente con niños hiperactivos y los conocimientos sobre el TDAH (Sciutto et al., 2000). En los estudios que obtienen mayores niveles de conocimiento en TDAH el 83% de los maestros tenían tal experiencia, mientras que en los estudios españoles había menos maestros con experiencia docente con niños hiperactivos (59.1%).

Respecto al tipo de escala utilizada, se obtienen resultados mayores en conocimiento de TDAH mediante escalas en las que el tipo de respuesta es verdadero o falso (Jerome et al., 1994), en comparación con aquellas en las que el cuestionario admite tres opciones de respuesta: verdadero, falso, no sé (Jarque et al., 2007, 2009; Sciutto et al., 2000). Esto es así quizás porque con la tercera opción de respuesta se evita que los resultados del cuestionario se vean artificialmente “inflados” por el efecto de “adivinación” y además permite diferenciar entre concepciones erróneas (errores) y lagunas (desconocimiento) de los sujetos.

Resultados interesantes se encontraron en el estudio de Jarque y colaboradores (2007), que utilizando una adaptación de la escala de Sciutto y colaboradores (2000) señalaron la existencia de correlaciones positivas entre el número de horas de formación específica en TDAH y los conocimientos sobre TDAH, así como entre el número de horas de formación específica en TDAH y el nivel de autoeficacia percibida de los maestros para manejar a niños con TDAH en el aula. Estos resultados tienen unas claras implicaciones en relación con la práctica docente con niños hiperactivos y la formación específica de los maestros en el TDAH. A la luz de estos resultados, parece necesario dotar de más conocimientos teórico-prácticos sobre TDAH a los maestros.

En este sentido, la Guía de Práctica Clínica para el TDAH del SNS (2010) recoge que los programas de formación a docentes deberían incluir:

- Información general sobre el trastorno: sintomatología, comorbilidad, naturaleza, incidencia, evolución, pronóstico, tratamiento y repercusiones sobre el comportamiento y el aprendizaje.
- Técnicas de modificación de conducta dirigidas a incrementar o mantener comportamientos deseables y a eliminar o reducir comportamientos no deseables en el niño o adolescente con TDAH.
- Técnicas cognitivas: para el aprendizaje y práctica de autoinstrucciones y entrenamiento en autocontrol en niños y adolescentes con TDAH.
- Estrategias educativas con adaptaciones dirigidas a mejorar el funcionamiento en el aula y el aprendizaje.

El único estudio que a nuestro conocimiento ha evaluado la eficacia de un programa de entrenamiento para profesores de niños con TDAH para aumentar sus conocimientos sobre el trastorno es el de Syed y Hussein (2010) en la Universidad de Pakistan. El programa de entrenamiento constaba de 5 sesiones de dos horas de duración y fue realizado por un total de 49 profesoras de tres escuelas diferentes. El objetivo del estudio era valorar si el nivel de conocimientos sobre el trastorno aumentaba de forma significativa tras la participación de las profesoras en el programa de formación específico sobre TDAH.

El programa de entrenamiento usaba una aproximación interactiva combinando el uso de vídeos y documentos entregados durante la sesión. Los dos primeros días se centraron en la explicación del desarrollo normal y de características psicoeducativas propias de niños en edad escolar para pasar a describir las características del desarrollo de un niño con TDAH según los criterios del DSM-IV (1994), su diagnóstico diferencial, la comorbilidad con otros trastornos y breve información sobre medicación. Las tres últimas sesiones se dedicaron a familiarizar a las maestras con las escalas de estimación de padres y profesores de Conners (1999), con el uso de técnicas conductuales mediante casos basados en la práctica real de las maestras. Además de las investigadoras, fue invitada una psicóloga clínica para explicar las diferentes técnicas de manejo escolar del TDAH partiendo de un modelo de intervención multicomponente. Este modelo incluyó el uso de técnicas de modificación de conducta, de registros de observación conductual, del análisis funcional de la conducta, y técnicas como la economía de fichas o el costo de respuesta.

Para la evaluación del nivel de conocimientos adaptaron el cuestionario de Jerome et al. (1994) compuesto por 20 cuestiones de verdadero/falso sobre TDAH. El cuestionario fue administrado antes de la intervención, al finalizarla y 6 meses después para valorar el mantenimiento de los conocimientos adquiridos, aunque hubo una portandad experimental de 14 maestras.

Los resultados indicaron que tras la aplicación del programa de intervención se produjo un aumento significativo del nivel de conocimientos sobre TDAH de las profesoras y se mantuvo tras 6 meses después de la intervención.

Este estudio cuenta con algunas limitaciones. La primera de ellas es la ausencia de un grupo control o de comparación, que no hubiera recibido la intervención o hubiera recibido otro tipo de intervención con el que poder comparar los resultados. Por otro lado, según indican las autoras no se analizó si tras la aplicación del programa de formación aumentaron el número de derivaciones de niños con TDAH a los servicios de salud mental ni si dentro del aula mejoró realmente el manejo de los síntomas centrales del TDAH.

Por otra parte, además de valorar e intentar incrementar el nivel de conocimientos de los profesores sobre el trastorno, es necesario que los

programas de formación a docentes incluyan sesiones dirigidas a aumentar su conocimiento teórico-práctico en estrategias psicológicas, conductuales, cognitivas y educativas dirigidas a mejorar su adaptación personal, social y académica. En este sentido, existe un amplio corpus de investigación que ha constatado la efectividad de los procedimientos de intervención conductuales, cognitivo-conductuales e instruccionales para mejorar diversos planos del funcionamiento del alumno con TDAH en el contexto escolar (Pelham y Fabiano, 2008).

Procedimientos modificación de conducta

Estos procedimientos se han mostrado útiles en los siguientes aspectos relacionados con el TDAH (Fabiano et al., 2009):

1. Reducción de los síntomas centrales del TDAH (Carlson y Mann, 2000; Fabiano y Pelham, 2003; Miranda et al., 2002; Miranda et al., 2006; Presentación, Siegenthaler, Jara y Miranda, 2010; Siegenthaler, 2009).
2. Aumento de la productividad académica (Carlson y Mann, 2000; Presentación et al., 2010).
3. Aumento de la competencia social y el cumplimiento de normas (Fabiano y Pelham, 2003; Presentación et al., 2010).
4. Reducción de las conductas disruptivas y agresivas (Antshel y Barkley, 2008; Fabiano y Pelham, 2003; Presentación et al., 2010).

Las intervenciones conductuales son altamente deseadas y preferidas a la medicación por muchos padres y profesores de niños con TDAH, y esta preferencia es un importante mediador de mantenimiento o adherencia al tratamiento de una enfermedad crónica (Fabiano et al., 2009). Es por ello que pensamos que las intervenciones conductuales deben ser un componente esencial en el tratamiento a largo plazo del TDAH y los esfuerzos deben ser redirigidos del debate sobre la efectividad de la intervención hacia la difusión, estimulación y mejora del uso de las intervenciones conductuales junto con otras complementarias de tipo cognitivo en la escuela, en la familia y en otros contextos de desarrollo del niño.

Sin embargo, algunos autores han constatado que los tratamientos conductuales son efectivos, aunque insuficientes, para el tratamiento del TDAH en su totalidad (MTA cooperative group, 1999; Pfiffner y Mc Burnnett, 1997) y que son necesarias técnicas cognitivo-conductuales para que se produzca un verdadero cambio conductual.

Procedimientos de modificación cognitiva de la conducta

Diversos estudios han avalado la eficacia de estos procedimientos para mejorar los síntomas centrales del TDAH. A título de ejemplo, la revisión de Robinson, Smith, Miller y Brownell (1999) indicó que el 89% de las muestras de niños y adolescentes con TDAH que participaron en los tratamientos cognitivo-conductuales experimentó ganancias superiores a las obtenidas por los grupos de control en relación con las conductas hiperactivas e impulsivas en contextos escolares.

Otros autores también han demostrado la eficacia del entrenamiento cognitivo para mejorar la ejecución neurocognitiva de los estudiantes hiperactivos, evaluada mediante el CPT y el MFF (Rapport et al., 1996).

Asimismo, un amplio corpus de investigación empírica ha demostrado que los procedimientos cognitivo-conductuales resultan eficaces para mejorar de forma significativa la *atención* de los niños con TDAH. En esta línea, Semrud-Clikeman, Nielsen, Clinton, Sylvester, Parle y Connor (1999) concluyeron que el entrenamiento directo en atención y en resolución de problemas mejora significativamente la atención sostenida visual y auditiva de los niños hiperactivos.

La técnica de la “auto-observación” también ha demostrado ser efectiva para mejorar la atención y la productividad de los niños hiperactivos, valoradas mediante las tareas escolares (Shimabukuro, Prater, Jenkins y Edelen, 1999).

De forma similar, la técnica de la “auto-evaluación reforzada” se ha mostrado efectiva para aumentar significativamente la atención hacia las tareas y la ejecución de las actividades escolares en estudiantes hiperactivos (Ardoín y Martens, 2004; Hinshaw y Melnick, 1992; Shapiro, et al., 1998). Es más, se ha encontrado que los estudiantes mantienen los cambios en ausencia del feedback del profesor (Miranda et al., 2006).

Asimismo, en nuestro país se han desarrollado diversos estudios que han evidenciado la efectividad de las técnicas cognitivo-conductuales (autoinstrucciones, auto-evaluación reforzada y entrenamiento en resolución de problemas), para reducir los síntomas centrales del TDAH y sus problemas asociados en el contexto escolar (Arco, Fernández e Hinojo, 2004; Miranda y Presentación, 2000; Miranda, Presentación y Soriano, 2002; Miranda, Jarque y Rosel, 2006; Presentación et al., 2010)

Sin embargo, las técnicas cognitivo-conductuales, pese a ser en teoría procedimientos idóneos para el tratamiento de niños con TDAH, son cuestionadas por algunos trabajos (Abikoff, 1991; Bloomquist, August y Ostrander, 1991) que no han conseguido afirmar su efecto beneficioso. Las diferencias en las valoraciones pueden deberse a la diversidad de los programas de intervención, las edades de los niños participantes, la contextualización de los programas de actuación y la duración de los mismos, entre otros motivos.

Intervenciones escolares

El metanálisis de DuPaul y Eckert (1997) sobre las intervenciones psicosociales en el contexto escolar señala que las estrategias de manejo de contingencias y las intervenciones académicas son más efectivas para el cambio conductual que las estrategias cognitivo-conductuales para niños con TDAH.

Por su parte, Ridgway et al. (2003) concluyeron que cuando los profesores daban descansos a los alumnos durante la ejecución de una tarea se reducen de forma significativa las conductas “fuera de la tarea”, como las verbalizaciones inapropiadas, la desobediencia o jugar con objetos.

Asimismo, se ha constatado la utilidad de adaptar las instrucciones que los profesores dan a los alumnos con TDAH (Jitendra et al., 2004) y de usar estrategias individualizadas en la enseñanza de las matemáticas a estos niños (Skinner, Johnson, Larkin, Lessley y Glowacki, 1995).

Otro ejemplo de este tipo de intervención es la intervención individual propuesta por Langberg y cols. (2008) para enseñar habilidades académicas a los niños con TDAH con el fin de ayudarles a tener éxito en el medio escolar, abarcando la organización y la gestión de tareas y potenciando comportamientos

adecuados para llevarlas a cabo (trabajar en silencio, levantar la mano, persistencia en la tarea, etc.).

En su programa de intervención proponen que la reeducación psicopedagógica debería incluir:

- Acciones encaminadas a mejorar el rendimiento académico en las diferentes tareas, las instrumentales y aquellas más específicas para cada curso escolar.
- Trabajar los hábitos que fomentan conductas apropiadas para el aprendizaje (como el manejo del horario y el control de la agenda escolar) y las técnicas de estudio (prelectura, lectura atenta, análisis y subrayado, síntesis y esquemas o resúmenes).
- Elaborar y enseñar estrategias para la preparación y elaboración de exámenes.
- Mejorar la autoestima en cuanto a las tareas y el estudio, identificando habilidades positivas y aumentando la motivación por el logro.
- Enseñar y reforzar conductas apropiadas y facilitadoras de un buen estudio y cumplimiento de las tareas.
- Reducir o eliminar comportamientos inadecuados como conductas desafiantes o malos hábitos de organización.
- Mantener actuaciones de coordinación con el especialista que trate al niño o adolescente y con la escuela para establecer objetivos comunes y ofrecer al docente estrategias para el manejo del niño o adolescente con TDAH en el aula.
- Intervenir con los padres para enseñarles a poner en práctica, monitorizar y reforzar el uso continuado de las tareas de gestión y organización del estudio en el hogar.

Tras la aplicación de su programa, el análisis de los resultados indicó que los participantes del grupo de intervención lograron una mejora significativa, a diferencia del grupo control, en la organización y las competencias para realizar los deberes durante la intervención. La mejora se mantenía durante 8 semanas. Los niños del grupo de intervención también mostraron mejoras, según sus maestros, en el rendimiento académico y menores problemas en la realización de los deberes según la estimación de los padres. Este estudio sugiere que aplicar

intervenciones centradas en la organización de competencias tiene el potencial de mejorar el rendimiento académico general en niños con TDAH.

Entrenamiento en habilidades socioemocionales

Con el fin de mejorar las habilidades emocionales y las relaciones sociales de los niños con TDAH y cambiar su estatus social, se han creado programas de entrenamiento en habilidades sociales destinados a entrenar capacidades decisivas en la aceptación y el rechazo social (cooperación, comunicación, participación, etc.) a través de instrucciones teóricas, prácticas con pares y retroalimentación (Barkley, 2002; Evans, Axelrod y Langberg, 2004).

El objetivo de todos ellos es que aprendan a identificar los componentes de una situación, que conozcan todo un abanico de estrategias adecuadas y que sepan seleccionar las más idóneas planificando adecuadamente los pasos para lograr la meta deseada en situaciones reales.

De especial interés por su idoneidad para los niños pequeños con TDAH resulta el programa “Escuela Dinosaurio” (Webster-Stratton, 1992; Webster-Stratton, Reid y Hammond, 2001). Un paquete de entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas dirigido a niños de 4 a 8 años con deficiencias en habilidades sociales, con frecuentes atribuciones negativas, incapacidad para empatizar o comprender otras perspectivas, que hacen un uso limitado del lenguaje emotivo y presentan deficiencias en la resolución de problemas en la escuela. El programa se lleva a cabo durante dos horas semanales en grupos de seis niños, utilizando el modelado a través de videos y viñetas que representan diferentes situaciones en casa, en clase y lugares de juego. Los vídeos muestran a otros niños manejando adecuadamente estas situaciones, por ejemplo, controlando su ira, resolviendo problemas en casa y en el colegio, haciendo amigos, manejando el rechazo y la burla, prestando atención a los profesores, encontrando alternativas ante una situación de conflicto y cooperando con los miembros de su familia, profesores y compañeros. Asimismo, se plantean posibles problemas a través de personajes de fantasía (dinosaurios).

Diversos estudios han demostrado la eficacia de este programa para mejorar el funcionamiento social de los niños (Webster-Stratton et al., 2001). Ha conseguido reducciones en las conductas agresivas y destructivas en el grupo de niños que recibió la intervención, manteniéndose tres años después de concluir la

intervención. Estos niños mejoraron las interacciones con sus padres, profesores y pares, incrementaron su conducta prosocial y sus habilidades en el manejo de conflictos.

El entrenamiento en habilidades sociales es un componente fundamental de un programa sistemático de intervención para los profesores que ha mostrado eficacia a lo largo de los años, tanto para niños con TDAH como para la totalidad de los niños de la clase. Elaborado por el equipo de la Universidad de California en Irvine, el Irvine Paraprofessional Program IPP (Kotkin, 1998) combina una intervención conductual intensiva (6 horas diarias) con un entrenamiento en habilidades sociales. Las habilidades entrenadas en este programa son la deportividad e ignorar la provocación y la aceptación. Un aspecto fundamental del programa es el hecho de implicar al psicólogo, al maestro y también a paraprofesionales entrenados (estudiantes en prácticas). El paraprofesional realiza el entrenamiento en habilidades sociales en grupo pequeño fuera de clase dos veces por semana e informa a los profesores de las habilidades que van aprendiendo los niños para que puedan reforzarles en sus aulas cuando las utilizan.

Sin embargo estos prometedores resultados contrastan con otros que indican que, mientras que estos programas tienen una alta eficacia en niños sin TDAH (70-80%), sólo funcionan en el 40-50% de los niños con TDAH (Pardo et al., 2009). Una explicación a estos resultados sería la de autores como Anstshel y Barkley (2008), para los que este tipo de terapia no tendría utilidad. Según estos autores, los niños con TDAH tienen problemas de relación con sus iguales, pero no tienen déficit en habilidades sociales. Es decir, consideran que el problema es de ejecución y no de conocimiento.

En la misma línea, Pardo y colaboradores (2009) consideran que esta intervención como único tratamiento no basta para mejorar el estatus social de los niños con TDAH en su grupo de pares debido a que les cuesta usar las pistas ambientales para guiarse en su funcionamiento social según lo entrenado, y tienden a comportarse siempre igual en diferentes contextos y circunstancias.

Otra razón que explica la pobre eficacia de este tipo de entrenamiento en niños con TDAH es el hecho de que el rechazo social pueda mantenerse mediante procesos grupales recíprocos entre niños rechazados y sus pares como son la

estereotipización y el sesgo reputacional. Los pares desarrollan un estereotipo negativo de los niños con patrón de funcionamiento social molesto, y como consecuencia de ello, atienden de forma significativa a los comportamientos conformes a sus estereotipos. En contrapartida, el niño rechazado desarrolla un sesgo similar en el procesamiento cognitivo del comportamiento social de sus pares (Mrug, Hoza y Gerdes, 2001).

En definitiva, los niños hiperactivos presentan limitaciones socio-emocionales que no son fácilmente superadas con las intervenciones. Junto con estas dificultades, muestran asimismo otras limitaciones en el ámbito escolar, lo que justifica el empleo de diversas estrategias de intervención de forma coordinada. En este sentido, los programas que producen mejoras superiores son los multicomponentes, que incluyen paquetes con diversas técnicas conductuales, cognitivo-conductuales, instruccionales y entrenamiento en habilidades socioemocionales.

Intervenciones multicomponentes

El Irvine Paraprofessional Program (IPP) se sitúa en esta línea multicomponente (Kotkin, 1998). Este programa incluye una intervención conductual intensiva, un entrenamiento diario en habilidades sociales en grupo, e incluso la participación puntual de los padres para que se produzca la generalización del empleo de las técnicas de modificación de conducta en el ámbito del hogar.

Diversos estudios que han empleado este programa de intervención han mostrado resultados positivos tanto para los niños con TDAH como para el resto de los compañeros de la clase (McInerney, Reeve y Kane, 1995).

Otro programa de estas características, el *ADHD Classroom Kit* (Anhalt, McNeil y Bahl, 1998), centrado en la enseñanza de normas en el aula, también ha mostrado ser eficaz para obtener resultados positivos en el funcionamiento académico, conductual y social de los niños con TDAH en el aula.

En nuestro país también se han diseñado y aplicado con éxito programas de intervención multicomponentes para el TDAH en el contexto escolar. Destaca el trabajo realizado por Miranda y colaboradores (1999) por ser uno de los más completos y estructurados que se ha diseñado para la intervención

escolar dirigido a los profesores tutores que tienen niños con TDAH en sus clases. Su objetivo es dotarles de habilidades suficientes para dar respuesta a las necesidades educativas especiales que plantean estos alumnos. Diseñado como un curso teórico-práctico de formación para maestros, el programa comprende una primera sesión de contacto con los participantes y 7 sesiones formativas de $\frac{3}{4}$ horas de duración a lo largo de 5 meses. Incluye los siguientes bloques temáticos:

- Conocimientos generales sobre el TDAH
- Entrenamiento en técnicas de modificación de conducta
- Entrenamiento en técnicas cognitivas: autoinstrucciones. Adaptación de la secuencia autoinstruccional de Camp y Basch (1980).
- Entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales: la autoevaluación reforzada.
- Enseñanza de adaptaciones instruccionales, espaciales y organizacionales en el aula.

Para evaluar la eficacia de este programa de formación de profesores, se realizó un estudio en el que participaron 50 niños con TDAH durante un curso académico (Miranda et al., 2002). Los resultados señalan que los niños con TDAH cuyos profesores hicieron el curso de formación mostraron, tras la intervención y en la evaluación de seguimiento realizada tres meses después, mejoras significativas tanto en los síntomas primarios como en las dificultades conductuales asociadas habitualmente al trastorno. Los padres detectaron mejoras en la sintomatología básica del trastorno y en los problemas de conducta y ansiedad. Los profesores informaron de mejoras en las conductas hiperactivas, impulsivas y el autocontrol, así como reducciones en los problemas de aprendizaje y desadaptación escolar. Las puntuaciones académicas también mejoraron, así como las observaciones conductuales en clase. Se observó también, una mejora importante en las creencias, atribuciones y conocimientos de los profesores sobre las estrategias para responder a los niños con TDAH. Análisis complementarios de los efectos de la investigación encontraron que la mayoría de los niños habían mejorado clínicamente y/o se habían recuperado tras el tratamiento tanto a juicio de los padres como de los profesores (Miranda et al., 2002).

Por último, Miranda et al., (2006) realizaron una revisión de 16 trabajos, en relación con las intervenciones en el contextos escolar para niños con TDAH, llevadas a cabo entre los años 1996 y 2005 encontrando que este tipo de intervenciones son efectivas para controlar los síntomas básicos del TDAH, así como problemas asociados como la conducta disruptiva o estar fuera de la tarea en clase. Concluyen asimismo que la efectividad de los paquetes multicomponentes que incluyen autoinstrucciones, resolución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales también ha sido demostrada. No obstante, también destacan la necesidad de realizar investigaciones que analicen el mantenimiento y la generalización de las mejoras encontradas en los contextos escolares.

En todo caso, estamos de acuerdo con autores como Barkley (2006) y Chronis et al. (2006), en que las intervenciones deberían integrar todos los componentes que han conseguido resultados positivos en el tratamiento de los niños con TDAH, y todos los contextos donde se desenvuelven.

Precisamente, en el siguiente apartado se describen las intervenciones multicomponentes y multicontextuales que se han mostrado efectivas para el TDAH.

Coordinación de los contextos escolares y familiares: Intervenciones multicontextuales

Barkley (2002) ha hecho una revisión de los tratamientos psicosociales disponibles para el manejo de los niños con TDAH, llegando a la conclusión de que el entrenamiento a los padres en modificación de conducta, la utilización de estas técnicas con los profesores, las intervenciones en el plano académico y la educación especial, son las intervenciones más prometedoras para estos niños.

Si a estas técnicas se le añade la terapia familiar, solución de problemas y habilidades de comunicación y además, todo esto se realiza en un periodo amplio de tiempo, el pronóstico de estos niños es esperanzador. Es lo que se conoce como intervenciones multicomponente y multicontextualizadas.

Un ejemplo de este tipo de intervenciones sería la de Barkley et al., (2000), en la que compararon tres condiciones de intervención con preescolares: en el contexto escolar, en el contexto familiar y combinada. En el estudio participaron

158 niños con altos niveles de agresividad, hiperactividad, impulsividad y conducta inatenta. Los resultados mostraron que las dos condiciones de intervención en las que participó la escuela produjeron mejoras significativas similares en múltiples dominios, aunque un estudio de seguimiento realizado dos años después constató que las mejoras conseguidas habían desaparecido (Shelton et al., 2000).

En otros trabajos también se destaca la importancia de la coordinación de los padres y los profesores. Así por ejemplo, en algunos de los programas de intervención que han demostrado ser efectivos, los niños son premiados en casa por conductas positivas que hacen en la escuela (Chafouleas, Riley-Tillman y McDougal, 2002; Fabiano y Pelham, 2003).

Otro ejemplo prototípico de la eficacia de combinar diferentes procedimientos psicosociales en el tratamiento del TDAH es *The Academic and Behavioral Competences Program* (Pelham et al., 2005), que implica a todo el centro educativo en la aplicación de técnicas de modificación de conducta, habilidades sociales y programas individualizados para niños con problemas de conducta asociados (resolución de problemas con participación de los padres).

Tras su aplicación en tres escuelas de Nueva York a partir del año 2002, las visitas de los niños más problemáticos al director se redujeron de 1.200 en el año anterior al comienzo de la intervención a 178, 373, 525 y 290 en los cuatro años siguientes. La realización de las tareas pasó del 25% antes del programa a 85, 92, 95 y 95%, respectivamente.

Owens et al. (2005) también desarrollaron un programa de intervención multicomponente basado en la tarjeta casa-escuela, que incluía un sistema de asesoramiento a los profesores durante todo el curso escolar y sesiones con los padres. Este programa ha resultado efectivo para mejorar la sintomatología central del TDAH, los problemas de conducta, el funcionamiento académico y las relaciones con los compañeros.

Otro programa multicomponencial y multicontextual es el desarrollado por Pelham et al. (2005), que incluye los siguientes componentes:

- Entrenamiento a los profesores en técnicas de modificación de conducta.
- Enseñanza de las normas del aula.

- Tareas para casa con la participación de los padres.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Programas individualizados para niños con graves problemas de conducta, donde participan los padres y se realiza un entrenamiento en resolución de problemas.

Los resultados obtenidos con este programa indican diversos beneficios:

- Aumento de la productividad académica y reducción significativa de los suspensos.
- Implicación y deseo de continuar el programa por parte de los participantes.
- Mejora de las actitudes de los niños hacia la escuela.
- Aumento del cumplimiento de las normas.
- Reducción del uso de las reprimendas de los profesores en el aula.

En la misma línea se sitúa la intervención denominada *The Incredible Years, Parent, Child and Teacher Components*, dirigida a reducir los problemas de conducta, y aumentar la competencia social, emocional y académica (www.incredibleyears.com). El programa incluye los siguientes componentes:

- Intervención con los padres basado en el aprendizaje social.
- Intervención con los niños basado en principios cognitivos y teorías de la inteligencia emocional (Dinosaur School Curriculum).
- Intervención para profesores basado en el aprendizaje social y en principios cognitivos.

Jones et al. (2008) han empleado este programa encontrando mejoras significativas tras la intervención y en dos momentos de seguimiento, hasta el punto de que el 57% de los niños no cumplía los criterios de TDAH en las tres fases postratamiento.

En nuestro país, Arco et al. (2004) también implementaron un programa de intervención psicosocial multicomponente y multicontextual, encontrando en el postest una disminución significativa de los síntomas de inatención, hiperactividad, impulsividad y oposicionismo. En este programa participaron el niño con TDAH, sus padres y sus profesores, incluyendo los siguientes componentes:

- Entrenamiento psicoeducativo en técnicas de modificación de conducta.
- Adaptaciones instruccionales y ambientales en el aula.
- Entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales.
- Resolución de problemas sociales.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

Posteriormente, Siegenthaler (2009) llevó a cabo un completo y riguroso estudio también multicomponente y multicontextual que incluyó una intervención con padres, con profesores y con niños con TDAH del subtipo combinado. Los resultados relativos a las medidas neuropsicológicas y escalas de estimación conductual indicaron que los niños mejoraron significativamente tras la intervención en atención, control inhibitorio, memoria de trabajo, planificación, reflexividad, resolución de problemas, flexibilidad cognitiva, aprendizaje escolar y adaptación social.

En síntesis, coincidimos con Chronis y cols. (2006) en que una actuación integral en el TDAH debe superar planteamientos reduccionistas y parciales para acogerse a un enfoque contextualizado, poniendo énfasis en la prevención, el papel activo de los padres y de los profesores, la intervención multimodal cuando sea necesaria, así como la importancia de su mantenimiento a lo largo del tiempo para se produzca la generalización de las mejoras.

También es importante tener en cuenta la coordinación de las intervenciones psicosociales con otro tipo de tratamientos, como el farmacológico, si fuese necesario, aunque sólo como apoyo o complemento, cuando las intervenciones anteriores no resulten suficientes, nunca como única opción (Pelham et al., 2005; Mabres, 2012). Siguiendo a Mabres (2012), consideramos que utilizar un tratamiento exclusivamente farmacológico que combata los síntomas, no mejorará la personalidad del niño, no le ayudará a madurar ni a modificar su entorno familiar y social y es por ello que en muchas ocasiones comentamos con las familias: “la medicación a veces es necesaria, nunca suficiente” para abordar de forma integral las dificultades propias del niño, en su familia y en la escuela.

3.2. Intervención Farmacológica

3.2.1. Psicoestimulantes.

Desde principios de siglo pasado se empezaron a utilizar los psicoestimulantes en el tratamiento de los problemas comportamentales en los niños. En 1935 se sintetizó el primer medicamento para este fin, la anfetamina. En 1937 Bradley describió los sorprendentes efectos de la benzedrina en un grupo de niños que experimentaban trastornos de atención y comportamiento. Sin embargo, la administración de psicoestimulantes en niños con TDAH no se empezó a utilizar hasta la década de los 60, cuando se sintetizó el metilfenidato, un compuesto no anfetamínico. Este hallazgo influyó notablemente en la posterior utilización de los psicoestimulantes para tratar el TDAH, ya que a partir de entonces los especialistas empezaron a observar que estos fármacos reducían los síntomas disruptivos de los niños que presentaban problemas de atención, hiperactividad e impulsividad.

Dentro de los psicoestimulantes, actualmente están autorizados y comercializados en nuestro país el metilfenidato, la dextroanfetamina y la pemolina. El fármaco más utilizado en el tratamiento del TDAH es el metilfenidato, que representa, aproximadamente, el 90% de la medicación prescrita para este trastorno. Es más, actualmente, el uso de la medicación psicoestimulante supera cualquier tratamiento farmacológico de otros trastornos psiquiátricos en niños (Chronis et al., 2006). Se estima que al menos un 85% de los niños diagnosticados con TDAH son medicados con psicoestimulantes (Olfson, Gameroff, Marcus y Jensen, 2003).

Los estimulantes aumentan la disponibilidad de noradrenalina y dopamina en el espacio intersináptico (Wilens, Biederman, y Spencer 1992). Tanto el metilfenidato como las sales de anfetamina actúan inhibiendo la recaptación de dopamina. Se unen a la proteína presináptica transportadora de dopamina, impidiendo su recaptación. Además, la anfetamina es recaptada por esta proteína transportadora hacia el interior de la neurona presináptica, a cambio de la liberación de dopamina (Elia et al., 1990), y ya en su interior, favorece la liberación de ésta (Wilens y Spencer, 2000). El metilfenidato parece actuar preferentemente sobre la corteza prefrontal, responsable en gran medida de los síntomas atencionales (Fernández y cols. 2009), mientras que serían

necesarias dosis más elevadas para actuar en la vía nigroestriatal y mejorar así los síntomas de hiperactividad (Wilens y Spencer, 2000), teniendo en cuenta los síntomas nucleares del trastorno (Barkley, 2009).

Disponibles en nuestro medio hay tres formulaciones diferentes de metilfenidato, y de manera similar están presentes en otros países.

- Preparados de liberación inmediata. Comercializado en España desde el año 1981 (Rubifen®). Se objetiva mejoría de la conducta (hiperactividad-impulsividad), las respuestas sociales y el rendimiento académico (Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano, y Biederman, 2004). Las dosis habituales oscilan entre los 0,2 mg/kg de inicio hasta dosis superiores a 1 mg/kg. Desde el punto de vista farmacocinético, se caracteriza por una rápida absorción tras la administración oral, con un pico plasmático al cabo de una hora y una vida media entre dos y cuatro horas. Debido a su vida media, debería pautarse cada cuatro horas o, lo que es lo mismo, en tres tomas al día, evitando su administración después de las 17 horas, lo que hace necesaria la participación del colegio en el tratamiento.

Su administración en dos o tres tomas diarias favorece el incumplimiento terapéutico, con la consiguiente disminución de eficacia, por frecuentes olvidos, dificultades para la administración de la dosis cada cuatro horas y para hacerlo coincidir con los horarios del paciente. También interfiere en la intimidad del paciente, al necesitar al menos una toma en el colegio (efecto estigmatizador). Debido a esto, otras formulaciones de metilfenidato han ido apareciendo, como las formulaciones de liberación intermedia y prolongada.

- Preparados de liberación intermedia. Otra formulación posible es el Medikinet®. Su efecto terapéutico comienza a los 30 minutos tras la ingesta de la cápsula, y se mantiene durante unas siete horas. Consta de un 50% de metilfenidato de liberación inmediata y otro 50% de metilfenidato de liberación intermedia (Quintero et al., 2009). Este último tiene una capa de protección gástrica y se libera al llegar al duodeno; por tanto, es un sistema de liberación en doble pico. La dosificación se realiza por criterios de eficacia y seguridad. Se inicia la pauta en 10 mg/día y se aumenta 10 mg/semana hasta alcanzar la dosis eficaz. Con un buen perfil de tolerancia, permite la apertura de la cápsula, de manera que facilita su deglución.

- Preparados de liberación prolongada. Disponibles desde 2004 (Concerta®), consisten en metilfenidato de liberación prolongada por el sistema osmótico OROS (del inglés: Oral Release Osmotic System). Su estructura permite su liberación gradual y paulatina a lo largo de unas 8-12 horas después de una toma única matutina. Tras la administración oral hay una rápida subida de los niveles plasmáticos, con un pico máximo inicial al cabo de una o dos horas (Vitiello et al., 2001). El efecto clínico se mantiene alrededor de 12 horas e imita la cinética de tres dosis de metilfenidato de liberación inmediata (Banaschewski et al., 2006). También se ha demostrado igual de eficaz que el metilfenidato de liberación inmediata utilizado en tres tomas (Jensen y cols. 2001) y presenta, además, un mejor perfil de efectos secundarios (Banaschewski et al., 2006). No se debe dosificar con respecto al peso corporal del paciente, sino por criterios de eficacia y seguridad. Se recomienda no sobrepasar la dosis total diaria de 2 mg/kg/día. El inicio del tratamiento se hace con una única dosis inicial de 18 mg, en toma única matutina, y tras una evaluación inicial de la eficacia/seguridad/tolerancia, se procede a un incremento de la dosis en pocos días hasta llegar a una dosificación que permita un buen control y remisión de la sintomatología.

Debido a su vida media, es suficiente una única toma diaria, lo que permite una mayor comodidad para el paciente y la familia, asegura un mejor cumplimiento, permite realizar la supervisión de la toma en casa y evita la estigmatización en el colegio. La mayoría de guías lo sitúan como la opción preferencial (NICE, 2008).

Ya recientemente, en el año 2006, una nueva formulación de metilfenidato se comercializó con el nombre de Daytrana®, aunque aún no en España. Esta forma de medicamento consiste en un parche transdermal, el cual ofrece una alternativa a las formas en pastillas del metilfenidato, ya que a veces se daban los impedimentos de que el niño tratado no pudiera tragarse la pastilla o la vomitara y por tanto el tratamiento no fuera posible, o los ya comentados comprimidos de metilfenidato de acción rápida, que deben ser administrados varias veces al día, con las dificultades que ello a veces comporta. El parche utiliza una tecnología la cual únicamente usa una mínima superficie transdermal para aplicarse una sola vez al día. Se presenta en una gama de tamaños diferentes, lo cual se manifiesta

en diferentes tipos de dosis de metilfenidato y su duración es entre 9 y 12 horas. Una ventaja adicional es que se puede terminar la administración del medicamento en cualquier momento si fuera necesario, solamente con la retirada del parche (Wilens et al., 2008). Los estudios llevados a cabo han demostrado que es eficaz en niños de 6 a 12 años con TDAH (Patrick, Straughn, Perkins y González, 2009). No está exento de efectos secundarios como insomnio, anorexia y bajo peso (Mays y Findling, 2005), además de dermatitis de contacto localizada (eritema); para evitar este efecto se recomienda alternar el lugar de aplicación del parche.

Los efectos terapéuticos de los psicoestimulantes han sido comprobados en numerosos estudios, obteniéndose mejoras a corto plazo sobre todo en la sintomatología básica del trastorno (Kratovich et al., 2006; Gustafsson et al., 2008; Antonucci et al., 2010).

Las nuevas formulaciones de estos compuestos de acción prolongada han demostrado, cuanto menos, una eficacia similar a las de la liberación inmediata (Faraone, Biederman, Spencer y Aleardi, 2006), que resulta similar a lo largo de las distintas etapas de la vida, incluyendo preescolares, niños, adolescentes y adultos (Jensen y cols. 2001; Ramos-Quiroga et al., 2006). Además, se ha asociado la administración de medicación estimulante con una menor posibilidad de padecer trastornos de ansiedad y depresivos comórbidos (Biederman, Monuteaux, Spencer, Wilens y Faraone, 2009).

En el plano cognitivo se han detectado mejoras en diferentes medidas de atención, como la atención sostenida (Swanson et al., 1998), así como en la vigilancia y la atención dividida (Tucha et al., 2006).

Se ha comprobado también que los psicoestimulantes ejercen una influencia positiva sobre conductas relacionadas con el rendimiento escolar, como llegar puntual a clase, trabajar mejor de forma individual y en las actividades en pequeño grupo (Silva et al., 2006). No obstante, la mejora de las habilidades académicas específicas es poco o nada significativa, especialmente si existe, además, un trastorno de aprendizaje.

En el plano social, aunque se producen cambios positivos reduciendo las conductas agresivas, inadecuadas y molestas de los estudiantes con TDAH, no hay evidencia de que incrementen las conductas prosociales ni mejore el estatus

sociométrico de estos niños, sobre todo si el TDAH está asociado a un trastorno de conducta, los niños viven en hogares desestructurados o provienen de medios socio-económicos desfavorecidos, y no ha habido, junto con la medicación, ningún otro tipo de intervención (Pelham et al., 2005).

Además, los potenciales beneficios de los psicoestimulantes a corto plazo deben sopesarse con las limitaciones y riesgos que puede implicar su administración. Una de las limitaciones más importantes para la realización de una intervención exclusivamente farmacológica en los niños con TDAH es que aproximadamente el 20-35% de pacientes no responde a estos tratamientos (Wilens y Biederman, 1992) o presentan poca adherencia al tratamiento (Smith et al., 2000). Así, se han encontrado rangos de porcentajes de abandono de la medicación que oscilan entre un 13% y un 64%, especialmente para los estimulantes de acción inmediata (Adler y Nierenberg, 2010).

Otra limitación importante es la poca o nula evidencia de mantenimiento de los efectos de la medicación a largo plazo, es decir, sus efectos son sintomáticos y no acumulativos. En este sentido creemos que, aunque en ocasiones pueda ser necesario el uso de medicación, no será suficiente en la mejora integral de los problemas que el TDAH supone en la vida de un niño y de su familia, puesto que los niños y jóvenes que no siguen el tratamiento a largo plazo continúan teniendo problemas académicos, emocionales y de relación social durante la adolescencia y edad adulta joven (Weiss y Hechtman, 1993; MTA, 1999). Es más, en una revisión realizada por Ashton, Gallagher y Moore (2006) en relación a los efectos a largo plazo de los psicoestimulantes señalan que el riesgo de presentar recaídas en la sintomatología básica del trastorno, así como adicciones, psicosis o depresión, e incluso efectos en posibles embarazos no deseados no ha sido investigado a fondo.

Para finalizar, no podemos dejar de señalar los numerosos efectos adversos que puede implicar la administración de esta medicación. Los efectos indeseables más frecuentes son el insomnio y la pérdida de apetito, aunque también se citan, aunque con escasa frecuencia, las náuseas, vértigos, dolores de cabeza y de estómago, taquicardia, erupciones, somnolencia, tics, irritabilidad y aislamiento social (González de Dios, Cardo y Servera, 2006), así como efectos adversos sobre el peso corporal y sobre la estatura (MTA Cooperative Group,

2004). Después de décadas de debate, investigaciones recientes muestran que un uso continuado de medicación psicoestimulante puede reducir el crecimiento de los niños hasta 3 años (Swanson et al., 2007).

En algunos casos se ha descrito también un efecto "rebote" producido por la medicación. Este efecto consiste en un deterioro de la conducta, que empeora hasta niveles por debajo de la línea base establecida en el periodo de evaluación, y que se presenta por la tarde y la noche, cuando se han disipado los efectos de la última dosis de medicación ingerida. También es posible que algunos padres comenten que sus hijos parecen demasiado controlados, poco espontáneos o que se muestran solitarios, si se compara con su estado antes de iniciar el tratamiento. En el caso de que se produzcan estos fenómenos, es necesario reducir la dosis o eliminar la medicación (MTA, 2004).

Además de los psicoestimulantes, existen otras medicaciones que son utilizadas en el tratamiento del TDAH, como la atomoxetina, los antidepresivos y los antipsicóticos. Se utilizan principalmente en los niños que no responden de forma adecuada a los psicoestimulantes o en los niños con otros trastornos asociados (Artigas-Pallarés, 2004).

3.2.2. Fármacos no estimulantes

Los estudios muestran tasas de un 20% a un 30% de niños, adolescentes y adultos que no muestran una respuesta positiva a la medicación estimulante, además de no tolerar sus efectos secundarios, como hemos comentado anteriormente (Wilens y Biederman, 1992; González de Dios et al., 2006). Por ello, existen alternativas farmacológicas no estimulantes para el tratamiento de las personas con TDAH como los que describimos a continuación.

Atomoxetina

Es el primer fármaco no psicoestimulante aprobado para el tratamiento específico del TDAH en niños, adolescentes y adultos. En España se comercializó en julio de 2007 (Quintero et al., 2009).

La atomoxetina es un potente inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina, diseñado e indicado como un fármaco de acción específica para el tratamiento del TDAH. La posología se basa en una dosis única con o sin alimentos, dependiendo del peso (Kelsey et al., 2004).

Los efectos adversos recogidos sobre la atomoxetina son fundamentalmente digestivos: náuseas, epigastralgia e hiporexia. El retraso del crecimiento constatado (reversible a los 18 meses de tratamiento) no se sabe si es secundario a la hiporexia o efecto directo del fármaco en el metabolismo (Kratochvil et al., 2006).

Existe la controversia sobre el riesgo de que la atomoxetina aumente la ideación autolítica. La relación del TDAH y el suicidio no es directa, pero el TDAH contribuye a empeorar los resultados clínicos en pacientes con trastornos comórbidos, y el TDAH es el trastorno psiquiátrico comórbido más frecuente en adolescentes con depresión que cometen suicidio (Bangs, Tausher-Wisniewski y Polzer, 2008). El potencial riesgo está recogido en la ficha técnica de la atomoxetina.

Se ha recomendado su elección en casos de potencial abuso de fármacos, ya que no tiene riesgo en este sentido (Kratochvil et al., 2006). Asimismo, se ha estudiado en niños con ansiedad comórbida, que se estima que la presentan entre el 25- 35% de los niños con TDAH (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991), y resulta ser bien tolerada y eficaz para ambos trastornos frente a placebo (Geller et al., 2007).

Los datos son controvertidos sobre la precipitación o exacerbación de los tics (Allen et al., 2005; Párraga, Párraga y Harris, 2007), así como sobre la ideación autolítica (Bangs et al., 2008).

Se ha constatado su eficacia y seguridad en el tratamiento del TDAH, y rivaliza en eficacia con el metilfenidato, aunque la reciente publicación en septiembre de 2008 de la guía NICE lo sitúa como una segunda elección.

Concretamente, se ha encontrado que la atomoxetina produce resultados positivos en los síntomas centrales de TDAH y el funcionamiento social y familiar de estos niños, así como en los síntomas oposicionistas en el contexto familiar (Waxmonsky, Waschbusch, Akinnusi y Pelham, 2011).

Además de la atomoxetina, otros fármacos no estimulantes han mostrado alguna eficacia en el tratamiento del TDAH y actualmente pueden considerarse como opciones de segunda línea. Entre estos fármacos se deben incluir los antidepresivos, los antipsicóticos y un antihipertensivo.

Antidepresivos

La reboxetina se ha mostrado eficaz no sólo en la depresión, sino también en la fatiga, la apatía y el TDAH, si bien en este último aspecto apenas se ha estudiado. Debe considerarse el uso de la reboxetina en el tratamiento del TDAH cuando éste se asocia a depresión, es decir, cuando predominan los síntomas de fatiga y apatía y, además, han fracasado fármacos más específicos (Artigas, 2004; Çak y Çetin, 2006).

La desipramina y la imipramina pueden ser una alternativa válida para aquellos niños en los que el TDAH se acompaña de depresión, ansiedad elevada, tics, etc. Se ha comprobado que estos antidepresivos tricíclicos mejoran el humor, la atención y disminuyen la hiperactividad y la agresividad (Ulloa et al., 2005)

Dada la comprobada acción terapéutica de los estimulantes, la investigación de los efectos de los antidepresivos en la hiperactividad se ha basado en estudios comparativos controlados (Pliszka et al., 2000). Uno de los estudios más completos y rigurosos con desipramina fue el realizado por Bierdeman, Faraone, Doyle, Lehman, Kraus, Perrin, y Tsuang (1993). Estos autores constataron que las mejoras obtenidas con desipramina fueron significativamente superiores a las conseguidas con placebo. La respuesta terapéutica a la desipramina se iniciaba transcurridas 3-4 semanas tras el inicio de la medicación, sin estar exenta de efectos secundarios (Riggs, Leon, Mikulich y Pottle, 1998).

Entre los efectos secundarios descritos para este tipo de medicación se encuentran: estreñimiento, sequedad de boca, aumento de la presión y tasa cardíaca.

Otro antidepresivo que se ha estudiado con resultado positivo en el tratamiento del TDAH es la selegilina (Plurimen ®) en dosis bajas en pacientes de edades comprendidas entre 6 y 18 años que además presentaban tics (Artigas, 2004). Este fármaco se comercializa en España como antiparkinsoniano, produciendo un aumento de la concentración de la dopamina en los segmentos cerebrales nigroestriados. Como limitación más importante para el uso de este tipo de fármaco es el riesgo de crisis hipertensivas e interacción con otros fármacos. Por estos motivos, sólo puede tomarse en consideración su uso, con las debidas precauciones, en casos refractarios a otros fármacos.

Antipsicóticos

Los fármacos antipsicóticos, también denominados *neurolepticos*, son una serie de compuestos que han demostrado su utilidad básicamente en el control de la agitación psicomotriz y la agresividad (Daughton y Kratochvil, 2009). El más utilizado es la risperidona (Risperdal ®). Si bien sus efectos sobre el déficit de atención son muy limitados o nulos, puede representar una opción interesante cuando existe comorbilidad con el trastorno de conducta desafiante (Snyder et al., 2002). Los efectos secundarios más frecuentes son un aumento de peso, incontinencia de orina, ginecomastia y efectos extrapiramidales.

Antihipertensivos

La clonidina (Catapresan ®) es un agonista noradrenérgico que se utiliza principalmente como hipotensor, con efectos positivos en los problemas de conducta derivados de la hiperactividad en el TDAH, aunque no es efectivo en la mejoría de la atención (Steingard, R., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., y González, A., 1993). Al igual que otros fármacos, cuenta con pocos estudios controlados y en los ensayos realizados, el número de participantes es pequeño. Su principal efecto secundario es la sedación excesiva y la hipotensión.

En resumen, los estudios han concluido que los estimulantes son los medicamentos de primera elección para el TDAH, por su mayor seguridad y eficacia. En el caso de que no sean efectivos o tolerados por el niño, o exista asociación con otros trastornos, posiblemente sean necesarios otros fármacos, como la atomoxetina o los antidepresivos en segunda y tercera elección respectivamente.

En cualquier caso, los fármacos se deben administrar con cautela porque presentan limitaciones que en ocasiones no compensan su administración, como los efectos indeseados; sus efectos sintomáticos; el desconocimiento sobre los posibles efectos a largo plazo; y los escasos estudios sobre eficacia y seguridad en los niños preescolares (Ghuman, Arnold, y Anthony, 2008).

Además, los autores insisten en el carácter idiosincrático de la respuesta a la medicación, y la importancia de monitorizar los efectos adversos, sobre todo en la etapa de educación infantil. En este sentido Ghuman, Arnold y Anthony (2008, p.7), señalan que “no disponemos de información sobre los efectos y la

seguridad a largo plazo de las medicaciones sobre el cerebro en desarrollo de los niños preescolares”.

Por ello, consideramos que los especialistas encargados de prescribir los fármacos deben reflexionar y ser conscientes de que el niño actual será un adolescente y un adulto que habrá sido medicado de forma continuada durante los años más importantes de su desarrollo como persona, con unos medicamentos que, de momento, no se sabe qué efectos pueden tener a largo plazo a nivel cerebral.

De ahí la importancia de implementar intervenciones psicosociales o combinadas que han demostrado de forma reiterada ser una buena opción para mejorar los problemas que experimentan los niños con TDAH en diversos planos de funcionamiento, permitiendo incluso a veces eliminar y/o reducir la dosis de medicación administrada (Antshel y Barkley, 2008; Fabiano et al., 2009; Miranda y Presentación, 2000; Miranda et al., 2006; Pelham et al., 2005; So et al., 2008).

3.3. Intervención multimodal o combinada

Recientemente, se han publicado algunos estudios sobre el uso y efectividad de intervenciones multimodales o combinadas para el tratamiento del TDAH en la infancia. Estos estudios son relevantes tanto por el nivel de sofisticación del diseño utilizado como porque sus resultados han influenciado en la redacción de importantes documentos, tales como guías de tratamiento pediátricos y políticas de coberturas de seguro. La importancia de estos estudios es indiscutible, y también su impacto en las nuevas formas de abordar el tratamiento por los pediatras, profesionales de salud mental, escuelas y familias de niños con TDAH.

La intervención multimodal más completa y ambiciosa implementada hasta ahora ha sido el *Multimodal Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (The MTA Cooperative Group, 1999, 2004). Está considerado el estudio clínico más importante realizado hasta el momento que compara las diferentes modalidades de intervención y la combinación de las mismas. En este estudio participaron 579 niños con TDAH combinado, de edades comprendidas entre los 7 y los 9.9 años, que fueron asignados aleatoriamente a una de las siguientes condiciones de tratamiento durante 14 meses: tratamiento

conductual intensivo, tratamiento farmacológico, combinación de estos dos enfoques de intervención, o cuidados comunitarios estándar.

La *intervención conductual* consistió en un entrenamiento a padres en técnicas de modificación de conducta, una intervención en la escuela y la implementación de un programa de tratamiento de verano. El programa de entrenamiento a padres, basado en los estudios de Barkley (1997), y de Forehand y MacMahon (1981), implicó a 27 grupos (seis familias por grupo), realizándose ocho sesiones individuales por cada familia una vez a la semana. De forma paralela, se realizaba dos veces a la semana una sesión de asesoramiento a los profesores. Cada terapeuta tenía a su cargo 12 familias, y llevaba a cabo tanto el entrenamiento a padres como el asesoramiento a los profesores.

El programa de tratamiento de verano, basado en el elaborado por Pelham y Hoza en 1996, consistió en la implementación de intervenciones conductuales intensivas desarrolladas durante 8 semanas (5 días a la semana). El programa fue aplicado por consejeros que eran a su vez asesorados por los terapeutas encargados del entrenamiento a padres y el asesoramiento a los profesores. Las intervenciones conductuales se aplicaban en grupos de niños en escenarios recreativos, e incluían un sistema de economía de fichas, time-out, refuerzo social, modelado, entrenamiento en resolución de problemas en grupo, habilidades sociales y habilidades deportivas. Además, en las clases se proporcionaba práctica de las habilidades académicas y refuerzo de las conductas apropiadas.

La intervención basada en la escuela consta de dos componentes: a) 10 sesiones bisemanales de asesoramiento al profesor sobre estrategias de manejo de contingencias en el aula, y b) 12 semanas de trabajo directo con el niño por parte de un paraprofesional entrenado en técnicas conductuales (que antes había sido consejero de los niños en el campamento de verano). Además, a lo largo del curso escolar los profesores cumplimentaban un informe diario en el que registraban los logros del niño en relación con comportamientos concretos seleccionados previamente. El niño llevaba a casa todos los días el informe y los padres reforzaban las conductas positivas del hijo con recompensas.

La implicación de los terapeutas en las intervenciones conductuales fue disminuyendo progresivamente con el objetivo de que los padres fueran los

encargados de manejar el tratamiento conductual de sus hijos. Así, en la mayoría de los casos el contacto del terapeuta con los padres se redujo a una sesión al mes, cesando completamente un mes antes de llevar a cabo la evaluación postratamiento.

El *tratamiento farmacológico* (Greenhill et al., 1996) comenzó con un ensayo de metilfenidato durante 28 días, empleando cinco dosis: 5mg, 10mg, 15mg, o 20mg y dosis más altas para niños con un peso superior a los 25 kilos. Se administró una dosis en el desayuno, otra en la comida y media por la tarde. Los médicos recogieron información de los profesores sobre la respuesta de los niños a las diferentes dosis, seleccionándose consensuadamente la dosis más adecuada en cada caso. Una vez se estableció la mejor dosis para cada niño ésta se mantuvo durante todo el proceso de intervención, siendo la dosis media diaria de metilfenidato de 30.5mg/d.

Además, para los sujetos que no mostraban una respuesta positiva al metilfenidato, se ensayaron medicaciones alternativas hasta encontrar la adecuada para cada sujeto en el siguiente orden: dextroanfetamina, pemolina, imipramina y, si era necesario, otras medicaciones. Durante las visitas médicas, mensualmente, los farmacoterapeutas proporcionaban a la familia apoyo, ánimo y consejos prácticos. Posteriormente, tras revisar cuidadosamente la información que proporcionaron los padres y los profesores, los farmacoterapeutas ajustaron las dosis de las medicaciones para cada niño, y sólo se redujeron cuando aparecían efectos secundarios adversos relacionados con las dosis.

El *tratamiento combinado* incluía las intervenciones mencionadas anteriormente (conductual y farmacológica). No obstante, cabe mencionar que en esta modalidad de tratamiento los sujetos recibían menores dosis totales diarias de metilfenidato que los sujetos asignados a la condición de medicación únicamente.

Por último, en el *tratamiento comunitario* los sujetos no siguieron ninguna de las intervenciones anteriores, aunque recibían cuidados comunitarios. Concretamente, 108 niños recibieron de sus médicos distintas medicaciones durante 14 meses: metilfenidato (n=84), pemolina (n=7), anfetamina (n=6), tricíclicos (n= 6), clonidina/guanfacina (n=4), y bupropion (n=1). En esta condición experimental la dosis media total de metilfenidato fue de 22,6mg,

administrándose dos veces al día en la mayoría de los casos. El resto de niños que siguieron la intervención comunitaria recibieron tratamientos psicoterapéuticos de los que no se disponen datos hasta la fecha.

Los resultados obtenidos constatan la superioridad de las medicaciones estimulantes frente a la intervención conductual y a los cuidados comunitarios para mejorar los síntomas centrales del trastorno. Concretamente, las estimaciones de los profesores y de los padres en relación con la inatención, y las estimaciones de los profesores en relación con la hiperactividad-impulsividad señalan ganancias superiores del tratamiento farmacológico frente al conductual.

El tratamiento combinado también demostró ser más efectivo que el tratamiento conductual para reducir significativamente los síntomas centrales del trastorno de acuerdo con las estimaciones de los padres y de los profesores con respecto a la atención y según las informaciones de los padres, en relación con la hiperactividad-impulsividad. Asimismo, los resultados señalan la superioridad del tratamiento combinado frente a la intervención conductual para reducir significativamente las conductas oposicionistas y los síntomas internalizantes de acuerdo con las estimaciones de los padres, y para aumentar las puntuaciones en lectura del *Test de Logro Individual* de Weschler. Además, el tratamiento combinado y el farmacológico, pero no la intervención conductual, fueron generalmente superiores a la condición de cuidados comunitarios para mejorar significativamente los síntomas centrales del TDAH de acuerdo con las estimaciones de los padres y de los profesores de los niños.

Los datos aportados por el estudio MTA también indican que el tratamiento combinado se mostró superior al tratamiento comunitario en relación con los cinco dominios de funcionamiento evaluados que no se refieren a los síntomas esenciales del trastorno: conductas agresivas/oposicionistas de acuerdo con las estimaciones de los padres, síntomas internalizantes, habilidades sociales según las informaciones de los profesores, relaciones padres-hijo y ejecución en la lectura en el *Test de Logro Individual* de Weschler.

Por último, los resultados evidencian que tanto la intervención farmacológica como la conductual se mostraron significativamente más eficaces que el tratamiento comunitario para mejorar las habilidades sociales y las interacciones padres-hijo, respectivamente.

En resumen, a partir de los resultados aportados por el estudio MTA los autores concluyen que aunque los cuatro grupos de niños hiperactivos que siguieron las intervenciones experimentaron importantes reducciones en los síntomas centrales del trastorno así como en sus problemas asociados, existen diferencias significativas entre ellos con respecto a la magnitud de los cambios conseguidos.

Así, en líneas generales, se constata que el tratamiento combinado y la intervención farmacológica se mostraron significativamente superiores al tratamiento conductual y a la intervención comunitaria para reducir los síntomas centrales del trastorno.

Los datos señalan también que la intervención combinada no supuso beneficios adicionales a los obtenidos por el tratamiento farmacológico empleado de forma aislada para mejorar los síntomas fundamentales del TDAH. Sin embargo, los autores también ofrecen una información que matiza sensiblemente esta conclusión global. Analizando detenidamente el número de veces que cada tratamiento se situaba el primero en relación con su eficacia con respecto a las 19 variables dependientes evaluadas, se encontró que el tratamiento combinado aparecía en primer lugar en doce ocasiones, la intervención farmacológica en cuatro, el tratamiento conductual dos veces y la intervención comunitaria en una sola ocasión.

Además, conviene recordar que los efectos terapéuticos atribuidos al tratamiento combinado se consiguieron empleando dosis significativamente menores de medicación que las utilizadas en el tratamiento únicamente farmacológico. Así, es muy posible que si se administraran las mismas dosis en ambas modalidades de intervención los efectos terapéuticos del tratamiento combinado superaran a los obtenidos por los tratamientos que emplean la medicación únicamente.

Por otro lado, aunque el estudio MTA ha constatado que tanto la intervención farmacológica como el tratamiento combinado han demostrado tener efectos significativamente más positivos sobre el TDAH que los cuidados comunitarios, resulta necesario recordar que también esta última modalidad de tratamiento incluía la administración de medicación en la mayoría de los casos. Las razones que pueden explicar la superioridad del tratamiento farmacológico y

del tratamiento combinado frente al comunitario se refieren a que las dos primeras modalidades de intervención incluían un feedback sistemático y regular proporcionado por los profesores de los niños medicados, y un ajuste de las dosis para cada niño minimizando los efectos secundarios adversos en la medida de lo posible, prácticas que no siempre forman parte de la rutina de los pediatras que tratan a los niños hiperactivos. Además, en la intervención comunitaria se emplearon menores dosis diarias, siendo posiblemente insuficientes para conseguir efectos terapéuticos comparables a los aportados por la intervención farmacológica.

Asimismo, los relativos beneficios de la intervención conductual empleada de forma aislada en este estudio pueden también deberse a diversas razones. Las más importantes se refieren a que el diseño experimental no incluyó un grupo control o de placebo y que la mayoría de los sujetos que siguieron el tratamiento comunitario estaban recibiendo medicación, un tratamiento de eficacia reconocida.

Además, el programa de manejo conductual no fue tan individualizado y monitoreado como el tratamiento farmacológico (Carey, 2000). En otras palabras, con el conocimiento de que la respuesta de los niños hiperactivos a las diferentes dosis de medicación es idiosincrática, los autores realizaron ensayos con diferentes medicaciones, así como ajustes de las dosis hasta que dieron con la adecuada para cada niño. Por el contrario, aunque diversas investigaciones han constatado que también las respuestas de los niños con TDAH a los tratamientos psicosociales varían en función de la intensidad de los procedimientos aplicados (Pelham y Gnagy, 1999), en el estudio MTA no se contempló suficientemente el ajuste y la adaptación de la intensidad de esta modalidad de tratamiento para cada niño.

Otra cuestión importante sobre la que conviene insistir se refiere a los hallazgos de que los beneficios de la medicación persisten sólo en el período en el que se está administrando, y ciertamente los sujetos que siguieron el tratamiento farmacológico en este estudio recibieron la medicación a lo largo de los 14 meses que duró la intervención, incluyendo los períodos de evaluación.

Por el contrario, para los sujetos que siguieron el tratamiento conductual, la frecuencia de los contactos con los terapeutas fue reduciéndose gradualmente

hasta llegar a un solo contacto al mes, cuando quedaban todavía de tres a seis meses para que se llevara a cabo la evaluación postratamiento. Además, estos niños fueron evaluados un mes después del último contacto con el terapeuta, de forma que cuando se llevó a cabo la evaluación en la fase de postratamiento hacía ya un mes que los contactos con el terapeuta habían cesado. Sin embargo, cuando se realizó la evaluación en la fase de postratamiento, el tratamiento farmacológico estaba activo y en su fase más intensa (Pelham y Gnagy, 1999).

De ahí que los autores reconozcan que los procedimientos conductuales que emplearon en su estudio, cada vez menos intensivos hasta que se redujo el contacto a una sesión mensual, fueron insuficientes para producir efectos positivos sobre los síntomas centrales del TDAH comparables (en el caso del tratamiento conductual) o añadidos (en el caso del tratamiento combinado) a los 14 meses de manejo continuo y controlado de la medicación en la condición del tratamiento farmacológico empleado de forma aislada. Además, en el paquete de tratamiento conductual no se incluyeron aspectos esenciales relacionados con la intervención psicoeducativa para estudiantes hiperactivos, tales como la realización de acomodaciones educativas en el aula y en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Posteriormente, Swanson et al. (2001) emplearon aproximaciones metodológicas complementarias a los primeros análisis realizados en el estudio MTA hallando que el mayor porcentaje de mejora se produce en los niños que siguieron el tratamiento combinado (68%), seguido del tratamiento con medicación estimulante (56%), la intervención conductual (34%) y los cuidados rutinarios de la comunidad (25%).

Finalmente, los estudios de seguimiento realizados a los 24 meses desde que se inició la intervención presentan resultados similares al estudio de 1999 pero menos contundentes (MTA Cooperative Group, 2004). A saber, el deterioro fue más importante en los grupos que habían recibido la medicación (farmacológico y combinado) que para los otros dos grupos. El grupo combinado fue más efectivo que el farmacológico en habilidades sociales, disciplina y lectura. Y las puntuaciones de normalización son del 48%, 37%, 32% y 28% (combinado, medicación, conductual y comunitario, respectivamente).

Desafortunadamente, prácticamente en ninguna de las variables analizadas se obtienen diferencias entre los grupos a los 36 meses (Jensen, et al., 2007). Y en los análisis realizados a los 8 años (Molina, Hinshaw, Swanson, Arnold et al., 2009) se obtienen los mismos resultados que a los 36 meses.

Una de las razones de esta reducción en las diferencias entre los grupos puede ser que algunos niños que pertenecían a los grupos de intervención farmacológica y combinada han abandonado la medicación, mientras que algunos de los grupos conductual y combinado la han empezado (Swanson et al., 2008), lo que confirma una vez más los efectos sintomáticos de la medicación.

A raíz de estos resultados, en la última década se han incrementado los estudios que investigan el beneficio incremental que supone la utilización de tratamientos combinados que integren todos los procedimientos de intervención que han conseguido resultados positivos en el tratamiento de niños con TDAH y en todos los contextos en los que éstos se desenvuelven. La intervención más efectiva sería la que se lleva a cabo directamente en los contextos en los que se presentan las conductas problemáticas, incluyendo la familia y la escuela (Chronis et al., 2006).

Encontramos estudios con el objetivo de investigar el valor añadido de una terapia conductual multimodal breve a corto plazo a la terapia farmacológica con metilfenidato, comparando los efectos de la medicación con la terapia de conducta combinada con medicación. Van der Oord et al. (2007) diseñaron un estudio en el que participaron 47 niños de entre 8 y 12 años (media 9.9); 22 de ellos recibieron medicación psicoestimulante por primera vez durante las 10 semanas que duró el estudio; el resto, 25 fueron tratados con medicación y un tratamiento multimodal de modificación de conducta que incluía entrenamiento a padres, profesores y los propios niños. Se valoraron los síntomas centrales del TDAH, conductas oposicionistas, habilidades sociales, estrés familiar, ansiedad y autoestima. Los resultados mostraron que ambos tratamientos produjeron mejoras significativas en todas las variables evaluadas. Sin embargo, no mostraron diferencias significativas entre los tratamientos. No se encontraron evidencias de efectos añadidos a la terapia multimodal (conductual más medicación) en comparación con la terapia farmacológica. Este estudio no apoya

la hipótesis o expectativa de que el tratamiento a niños con TDAH debe de forma rutinaria incluir tratamiento conductual.

Sin embargo, en un meta-análisis posterior realizado por estos mismos autores (Van der Oord, et al., 2008) en el que comparaban el tamaño del efecto de un tratamiento con metilfenidato versus un tratamiento psicosocial y la combinación de ambos en niños con TDAH, encontraron nuevamente que el tamaño del efecto del tratamiento combinado era comparable al del tratamiento farmacológico, pero añadieron como posible explicación la secuenciación de los tratamientos. Es decir, por el tipo de tratamiento que era elegido en primera opción así como por la dosis empleada de metilfenidato. Para los síntomas centrales del TDAH, los efectos del metilfenidato son amplios y deja poco espacio para la mejora cuando se incorpora posteriormente un tratamiento psicosocial. La mayoría de los estudios que emplean un tratamiento combinado, en primer lugar implementan un tratamiento farmacológico ajustando la medicación óptima para el sujeto y posteriormente añaden el tratamiento psicosocial, limitando así el espacio para la mejora con el segundo tratamiento. Sin embargo, algunos estudios de laboratorio intra-sujeto han mostrado que cuando se añade a bajas dosis de metilfenidato (la menos dosis que cause efecto) el tratamiento psicosocial, éste sí tiene efectos añadidos al tratamiento farmacológico de forma aislada (Carlson, Pelham, Milich y Dixon, 1992) consiguiendo un mayor efecto que con el tratamiento farmacológico o psicosocial aislado. Así, con altas dosis de medicación, es difícil que se detecten efectos significativos al implementar secuencialmente el tratamiento psicosocial (Pelham y Murphy, 1986).

La importancia de valorar la secuenciación de los tratamientos implementados ya fue destacada anteriormente en un estudio que consideramos muy novedoso por el planteamiento metodológico que realiza. Así, Döpfner y cols. (2004) procedieron de forma parecida a como se realiza en la práctica clínica. En función de la respuesta o efectividad mostrada del niño al tratamiento, se decidía cambiar o incorporar algún componente más o diferente. Estos autores trabajaron con 75 niños con TDAH de entre 6 y 10 años asignando dos grupos inicialmente, un grupo recibía tratamiento conductual y seguimiento psicoeducativo, otro grupo recibía tratamiento farmacológico y seguimiento psicoeducativo. Dependiendo de la efectividad de la intervención se procedía de

la siguiente manera: si era totalmente efectiva, se concluía la intervención principal y se mantenía el seguimiento psicoeducativo y si fuera necesario el farmacológico; si era parcialmente efectiva, se añadía la otra modalidad de intervención (pasando a ser combinada); si no era efectiva, entonces se sustituía la intervención por la no utilizada. Los resultados indican que del total de niños que estaban en la condición psicosocial, el 26% tuvieron que recibir tratamiento combinado en una etapa posterior, es decir, añadir medicación a la intervención psicosocial. Sin embargo, al 82% de los niños que estaban en la condición farmacológica se les tuvo que implementar la intervención psicosocial paralelamente. Tras las intervenciones, los síntomas básicos del trastorno y los problemas de conducta se redujeron significativamente. Los resultados de esta investigación son muy interesantes y contundentes ya que demuestran que la mayoría de los niños de la condición psicosocial mejoraron de forma significativa sin necesidad de ser medicados (74%). Estos datos apoyan la idea de que muchos niños con TDAH pueden estar recibiendo medicación psicoestimulante sin ser estrictamente necesaria, ya que probablemente la intervención psicosocial podría ser suficiente.

Por su parte, Pelham et al. (2005) han realizado el primer estudio que conozcamos que ha manipulado la totalidad de un programa de tratamiento conductual de verano, incluyendo una condición de no tratamiento, una de tratamiento psicosocial y otra combinando estas condiciones con varias dosis de medicación psicoestimulante. Los grupos eran de 12 niños distribuidos de la siguiente manera: un grupo de tratamiento conductual, combinado con dosis de placebo y tres de metilfenidato; otro grupo de no tratamiento conductual, combinado con dosis de placebo y tres de metilfenidato. Los resultados muestran más claramente que en estudios previos, que dosis menores de medicación son necesarias para optimizar el funcionamiento del sujeto cuando éste recibe un tratamiento conductual en comparación a cuando no recibe tratamiento conductual. Incluso es más, la dosis mayor de medicación sin tratamiento conductual no superó los resultados obtenidos por la dosis menor de medicación sin tratamiento conductual. Los resultados se obtienen en todas las variables dependientes, en múltiples dominios y contextos, tanto en las valoraciones realizadas por padres como por profesores. Se destaca la importancia de que la modalidad de tratamiento combinada produce mejoras equivalentes en el

funcionamiento del sujeto usando dosis sustancialmente más bajas de medicación. El tratamiento combinado resultó ser superior a cualquier tratamiento único. Estos resultados replican los hallazgos de Carlson y cols. (1992) y los amplían en un contexto recreativo y con menor dosis de medicación. Estos hallazgos muestran que si un clínico desea disminuir la dosis de medicación de un niño, pueden obtener este resultado (una reducción del 67% en la dosis diaria) implementando un programa conductual en la escuela similar a éste. Aunque replicar este estudio no es fácil, los procedimientos usados en el aula son comparables a los que se usan ampliamente en la educación de niños con necesidades educativas especiales (Walker, Ramsey y Gresham, 2004).

Los hallazgos de estas investigaciones son consistentes con los encontrados en una investigación que posiblemente sea el primer estudio sobre la eficacia del tratamiento del TDAH en niños chinos (So et al., 2008). En ella se valora la efectividad del tratamiento combinado (conductual y farmacológico) frente al tratamiento sólo con metilfenidato en la práctica clínica en Hong Kong. La muestra estaba compuesta por 90 niños con TDAH, de edad media de 8 años, asignados a dos condiciones de tratamiento durante 6 meses, una condición farmacológica y otra que combinaba el tratamiento farmacológico con el conductual. Los hallazgos de este estudio confirman que los niños con TDAH que recibieron el tratamiento conductual junto con el metilfenidato lograron resultados significativamente mejores en el postratamiento en los síntomas de TDAH y en los de TND que aquellos que fueron tratados sólo con metilfenidato. Los beneficios de combinar tratamientos en los síntomas del TDAH persisten en el seguimiento realizado a los 6 meses. Los beneficios de añadir la terapia conductual a la farmacológica no son estadísticamente significativos pero sí clínicamente significativos. Mayores proporciones de niños con TDAH del grupo de tratamiento combinado cumplieron criterios de normalidad en el postest. Nuevamente la terapia conductual mostraba ser beneficiosa junto a dosis más bajas de medicación. En este estudio el tratamiento combinado aceleró el índice de mejora en los síntomas de TDAH durante la fase de tratamiento. Estos resultados muestran que el tratamiento farmacológico no produce una mejora notable en los síntomas del TND, mientras que en el tratamiento combinado sí se produce una mejora sustancial no sólo en el postratamiento sino en el seguimiento. Las estrategias aprendidas durante el tratamiento se continúan

practicando en casa y en la escuela una vez éste ha concluido. Además, como muy acertadamente señalan los autores, para que el tratamiento sea considerado como efectivo, además de alcanzar una mejora sustancial en los diferentes problemas que presenta el niño, también debe demostrar ser viable en condiciones reales (Chorpita, 2003).

En este sentido, aunque tanto la intervención farmacológica como la psicosocial son tratamientos probados para tratar el TDAH, el último es más fácilmente aceptado por los padres de niños con TDAH en la práctica clínica (Pelham, Fabiano, Ginagy, Greiner, y Hoza, 2004).

3.4. Tratamientos complementarios

Aunque la mayoría de investigadores expertos en el TDAH denuncian su falta de eficacia y seguridad en el tratamiento (Soutullo y Díez, 2007; Barkley, 2006), existe un creciente interés, especialmente en la última década, por analizar los efectos de intervenciones complementarias o también llamadas alternativas para el TDAH (Rojas y Chan, 2005).

Pensamos que como profesionales de la salud debemos tener conocimiento sobre el uso y eficacia de este tipo de técnicas y a nuestro entender, plantearse las al paciente y en su contexto familiar y escolar siempre como terapias complementarias a una intervención psicosocial o multimodal.

La Cochrane Collaboration define la medicina alternativa y complementaria (CAM, por sus siglas en inglés) como un amplio campo de recursos de curación en paralelo con los sistemas de salud, sus modalidades y prácticas, así como las teorías y creencias en que se sustentan. Las terapias alternativas y complementarias son diferentes a las establecidas por el sistema de salud convencional en una cultura y período (Chan, 2002).

Algunas de las terapias alternativas o complementarias para el TDAH en niños o adolescentes incluyen: tratamientos dietéticos, tratamientos de optometría, homeopatía, medicina herbaria, estimulación auditiva, neurofeedback, estimulación cerebral no invasiva, estimulación cognitiva, osteopatía, terapia de juego, yoga, meditación y masaje infantil.

A continuación, describiremos brevemente algunas de ellas y las investigaciones sobre su eficacia.

Tratamientos dietéticos

Es de creencia popular que muchas reacciones a la comida y a la bebida llevan a un comportamiento hiperactivo. Los tratamientos dietéticos consisten en incluir en la dieta sustancias suplementarias que se creen beneficiosas para paliar el déficit o bien, excluir sustancias que se creen dañinas para el organismo.

Entre las intervenciones de eliminación se encuentran aquellas que llevan a descubrir o eliminar sustancias de la dieta individual de cada niño, por ejemplo, la eliminación de los colorantes artificiales y conservantes.

Entre las intervenciones suplementarias más destacadas se encuentran la utilización de ácidos grasos (NICE, 2009). Otro ejemplo se ha encontrado en el Pycnogenol, un producto derivado de la corteza del árbol de pino, que entre sus indicaciones aparece el tratamiento de los problemas de circulación, alergias, hipertensión, hiperactividad, inatención y problemas de coordinación visomotriz (Trebatická, et al., 2006). Sin embargo, la Natural Medicines Comprehensive Database (la base exhaustiva de datos de medicamentos naturales) que clasifica la eficacia de los tratamientos en base a su evidencia científica, lo clasifica como posiblemente ineficaz para el tratamiento del TDAH. Tampoco el suplemento de zinc ha mostrado tener efectos clínicos inequívocos (Arnold et al, 2011).

La investigación ha encontrado muchas dificultades en la metodología y la viabilidad para estudiar los tratamientos dietéticos. La calidad de la evidencia científica es generalmente pobre, como reflejo de la escasez de datos. La evidencia científica de que las dietas suplementarias o de eliminación cuando se comparan con placebo, puede reducir los síntomas del TDAH no es concluyente (NICE, 2009). La guía elaborada por la Academia Americana de Psiquiatría del niño y del adolescente (AACAP, 2007), indica que no hay evidencia científica alguna que respalde estas intervenciones en los pacientes con TDAH. Asimismo, la guía elaborada por la Academia Americana de Pediatría (AAP, 2001), indica que estas intervenciones no están apoyadas por estudios basados en la evidencia científica.

Son necesarios estudios rigurosos, más extensos y concisos para poder determinar cuál es el papel exacto de la alimentación en la etiología, desarrollo y posible tratamiento del TDAH. A pesar de todo, las hipótesis nutricionales, así como los datos obtenidos en los estudios realizados, abren la puerta a nuevas

expectativas en la comprensión y tratamiento del TDAH, que esperamos que en el futuro puedan confirmarse o refutarse.

Medicina herbaria

Los productos de medicina herbaria son suplementos dietéticos. derivados de fuentes botánicas de las cuales se utilizan sus propiedades terapéuticas, sabor o esencia. Se venden en tabletas, cápsulas, infusiones, extractos, de manera seca o fresca. Sin embargo, algunas pueden causar problemas de salud, algunas no son efectivas o pueden interactuar con otras medicaciones (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el TDAH en el SNS, 2010)

La Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2005) no encontró evidencia científica que apoye estas estrategias, por lo que no hace recomendaciones sobre su uso. Igualmente, la guía de la Asociación Americana de Pediatría (2001) indica que estas intervenciones no están apoyadas por estudios basados en la evidencia científica.

Weber y cols. (2008) llevaron a cabo un estudio sobre la eficacia y seguridad del *Hypericum perforatum* (hierba de san Juan) en un grupo de niños con TDAH (n=54, de 6 a 17 años) comparado con placebo. La intervención duró 8 semanas. Los resultados del estudio no muestran diferencias significativas en los síntomas del TDAH entre el grupo de intervención y el grupo placebo. Los autores concluyen que la administración de esta hierba no tiene mayores efectos beneficiosos que el placebo para tratar los síntomas del TDAH.

Pintov y cols. (2005) llevaron a cabo un estudio sobre la efectividad de las flores de Bach en el tratamiento de un grupo de niños con TDAH (n=40, 7 a 11 años) comparado con placebo. La intervención duró 3 meses. Los resultados del estudio no muestran diferencias significativas en los síntomas del TDAH entre el grupo de intervención y el grupo placebo. La conclusión de los autores es que sus resultados no apoyan la hipótesis de que las flores de Bach estén asociadas a una mayor respuesta que el placebo.

Homeopatía

En los últimos años, la homeopatía ha ganado importancia como terapia alternativa o complementaria. Es un sistema terapéutico fundado por Samuel

Hahnemann (1755-1843), basado en el principio de semejanza donde “lo semejante cura lo semejante”. Las enfermedades son tratadas por sustancias altamente diluidas que causan, en personas sanas, los síntomas de la enfermedad a tratar. Las disoluciones se repiten tantas veces que hay menos de una molécula por dosis y se sugiere que el beneficio viene de la fuerza energética vital de la sustancia original. La homeopatía se centra en las características únicas de cada paciente, su experiencia y sintomatología utilizando esta información para determinar la prescripción para cada paciente (Coulter y Dean, 2007).

La revisión de Cochrane de Coulter y Dean (2007) evalúa la evidencia científica de la eficacia, efectividad y seguridad/tolerabilidad de la homeopatía como intervención para el TDAH. La revisión incluyó 4 estudios (Jacobs, 2005; Lamont, 1997; Strauss, 2000; Frei, 2005). En general, los resultados de esta revisión no sugieren evidencia científica de la efectividad de la homeopatía para los síntomas globales del TDAH, síntomas nucleares o síntomas relacionados como la ansiedad en el TDAH. Las conclusiones de los autores de la revisión sugieren que existe poca evidencia científica de la eficacia de la homeopatía en el tratamiento del TDAH.

Tratamiento de optometría

Consiste en sesiones de adiestramiento visual llevadas a cabo por un optometrista con el objetivo de mejorar o desarrollar habilidades visuales o paliar deficiencias que afecten al TDAH.

El tratamiento se lleva a cabo mediante ejercicios visuales y la utilización de lentes de colores, gafas individualizadas, filtros, prismas y luz. No se han encontrado estudios sobre la eficacia de los tratamientos de optometría para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes (Guía de práctica clínica sobre el TDAH, 2010; Jarque, 2011).

Estimulación auditiva

Está basado en el supuesto efecto beneficioso de diferentes tonos de música y sonidos sobre el niño con TDAH. Un ejemplo es el método Tomatis (www.tomatis.com) que mediante una báscula electrónica en forma de auriculares, envían al oído sonidos (música de Mozart, cantos gregorianos, fragmentos con la voz de la madre, fragmentos con la propia voz, canciones infantiles...) que provocan un contraste sonoro destinado a sorprender

constantemente el cerebro para mantenerlo en alerta. El objetivo es ayudarlo a desarrollar mecanismos automáticos de detección del cambio, lo que tiene como consecuencia el refuerzo de la atención selectiva.

No se han encontrado estudios de eficacia en las búsquedas realizadas para la elaboración de la última guía de práctica clínica sobre el TDAH española del SNS (2010) sobre la eficacia de los tratamientos de estimulación auditiva para el tratamiento del TDAH.

Osteopatía

La osteopatía se basa en la creencia de que todos los sistemas del cuerpo trabajan conjuntamente, están relacionados y, por tanto, los trastornos en un sistema pueden afectar el funcionamiento de los otros. Según sus principios, mediante la manipulación del sistema músculo-esquelético, se pueden curar las afecciones de órganos vitales o enfermedades.

No se han encontrado estudios sobre la eficacia de los tratamientos de osteopatía para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes (Jarque, 2011)

Neurofeedback

El Neurofeedback (NF) es una técnica neurofisiológica que utiliza estímulos visuales y auditivos para proporcionar al sujeto información sobre sus procesos psicofisiológicos (como por ejemplo la tasa cardíaca, presión arterial, temperatura corporal), los cuales a menudo se encuentran fuera del control o de la consciencia inmediata. Mediante técnicas de condicionamiento operante, el NF proporciona mediante un videojuego una reacción inmediata al individuo en su actividad de onda cerebral, cuya acción es influenciada por los umbrales predeterminados del individuo de su actividad cerebral (Rojas y Chan, 2005).

El biofeedback con electroencefalograma o con electromiograma se ha utilizado en el tratamiento de la epilepsia, de los trastornos afectivos y también en el TDAH, pero los resultados sobre su eficacia todavía son controvertidos (Rojas y Chan, 2005).

Por un lado, algunos autores encuentran importantes limitaciones metodológicas en los estudios que utilizan esta técnica para el tratamiento del TDAH, pudiendo llevar a conclusiones erróneas sobre su eficacia (Loro-López et al., 2009; Soutullo y Díez, 2007). Concretamente, señalan que los estudios

emplean muestras muy reducidas, heterogéneas, con ausencia de un grupo control o de comparación, con limitadas medidas conductuales y cognitivas añadidas a los resultados psicofisiológicos y con ausencia de estudios de seguimiento o a largo plazo. Además, no tienen en cuenta los efectos del posible entrenamiento y la exclusión de los sujetos que no completan todo el protocolo del estudio.

Asimismo, en una revisión muy reciente realizada por Willis, Weyandt, Lubiner y Schubart (2011), los autores proporcionan una descripción del neurofeedback como tratamiento para el TDAH y realizan una valoración de las evidencias científicas que avalan este tratamiento para el TDAH. En la revisión identifican 14 artículos empíricos publicados desde 2004 a 2010 y concluyen que esta técnica no está suficientemente apoyada empíricamente como tratamiento para el TDAH. En esta misma línea, la guía de la AACAP (2007) indica que no se ha establecido la eficacia del NF como tratamiento primario del TDAH o como complementario al tratamiento farmacológico.

Por otro lado, sin embargo encontramos algunos estudios muy recientes que sí han encontrado resultados positivos del NF para el tratamiento del TDAH (Bakhshayesh, Hänsch, Wyschkon, Rezai y Esser, 2011 y Brandeis, 2011).

Bakhshayesh et al., (2011) se plantearon como objetivo comparar los efectos de dos tipos de tratamiento mediante biofeedback, el NF mediante electroencefalograma o mediante electromiografía. La muestra estaba compuesta por 35 niños con TDAH de 6 a 14 años, que fueron asignados aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo control que no recibía ningún tipo de tratamiento. Ambos tratamientos con biofeedback constaban de 30 sesiones. Se tomaron medidas psicofisiológicas y también mediante escalas de estimación conductual cumplimentadas por padres y profesores antes y después del tratamiento. Los resultados indicaron que el NF reducía de forma significativa los síntomas de inatención según las estimaciones realizadas por los padres y los tiempos de reacción según los tests neuropsicológicos. Sin embargo, respecto a la hiperactividad e impulsividad los resultados indicaron que otros factores como contingencias conductuales, autoeficacia, ambientes de aprendizaje estructurados, podrían contribuir también a los efectos positivos inducidos por el NF.

Por su parte, Brandeis (2011), en un estudio bien controlado metodológicamente, analizó el efecto del NF sobre los potenciales evocados relacionados con la atención en comparación con un entrenamiento atencional mediante ordenador, que sirvió como grupo control en una muestra de 94 niños con TDAH. La investigación demostró que los resultados del NF fueron favorables.

Teniendo en cuenta la investigación sobre estudios de eficacia del NF como tratamiento para el TDAH, por el momento continúa siendo una opción terapéutica poco apoyada científicamente. Además, hay que señalar que estas técnicas han de ser aplicadas por investigadores experimentados, con formación específica para su aplicación en niños y adolescentes con TDAH. Es muy probable que en la práctica clínica sea difícil aplicar esta modalidad de intervención porque se requiera de una tecnología de elevado coste económico y de conocimientos específicos para su correcta aplicación e interpretación.

Estimulación cerebral no invasiva

La estimulación cerebral no invasiva ha asistido en la última década a un crecimiento exponencial en el área de la psiquiatría, la neurología y la medicina de rehabilitación. A pesar de ello, su uso como herramienta diagnóstica y terapéutica en la práctica clínica diaria es escaso (Rubio, Rotenberg, Hernández y Pascual-Leone, 2011).

En la actualidad, existen dos técnicas de estimulación no invasiva disponibles: la estimulación magnética transcraneal (TMS) y la estimulación transcraneal de corriente directa (tDCS). Estas técnicas no invasivas de neuromodulación parecen actuar modulando la plasticidad cerebral, abriendo nuevas esperanzas en el tratamiento de los trastornos de la plasticidad y circuitos cerebrales. Dado que muchos trastornos psiquiátricos infantiles presentan alteraciones en la maduración o en los mecanismos de plasticidad de los circuitos frontoestriatales, y el cerebro en desarrollo presenta mayor capacidad de plasticidad cerebral, la estimulación cerebral no invasiva podría aportar mayores beneficios en esta población que los ya bien conocidos en adultos. Aunque su utilización sigue siendo limitada en niños, existe suficiente evidencia para su uso racional y seguro en esta población.

Una de las habilidades principales de la TMS es el estudio *in vivo* del funcionamiento cerebral gracias a su capacidad de evaluar la excitabilidad cortical y la plasticidad cerebral, tanto en el cerebro en desarrollo sano como bajo condiciones patológicas. Desde esta perspectiva, el hallazgo de correlatos neurofisiológicos específicos permite comprender mejor la fisiopatología, obtener marcadores biológicos y facilitar el diagnóstico diferencial. Además, la TMS y la tDCS son técnicas de estimulación cerebral no invasiva, focales, indoloras y seguras, cuyo potencial terapéutico subyace en la capacidad para inducir cambios transitorios en los estados de excitabilidad cortical, en el caso de la TMS, la neuromodulación y la plasticidad cerebral, en el caso de la TMS y la tDCS (Rubio et al., 2011).

En el momento actual, la mayor parte de estudios en enfermedades psiquiátricas infantiles, incluido el TDAH, se han centrado en el estudio de la corteza motora. El estudio de su importancia y de sus mecanismos inhibitorios intracorticales así como de los mecanismos de inhibición intercorticales, es de significativa importancia, dado que la hiperactividad motora parece ser secundaria al insuficiente control del circuito corticoestriado-talamocortical en el contexto de déficits básicos en el control inhibitorio (Barkley, 1997c). Los estudios neurofisiológicos realizados con TMS han evidenciado cómo el TDAH presenta: a) una disminución en la inhibición intracortical (Buchman, 2007; Ritcter, Ehliis, Jacob y Fallquatter, 2007) y b) alteración en la inhibición intercortical mediada por las fibras que conectan ambas cortezas motoras a través del cuerpo calloso (Hoepfner et al., 2008).

A nivel terapéutico, la TMS es una técnica capaz de modificar los estados de excitabilidad cortical, incrementando de forma específica y selectiva patrones de actividad adaptativos, así como de reinstaurar el equilibrio entre redes neuronales descompensadas (Fregni, Pascual-Leone, 2007). El mecanismo a través del cual esta técnica resulta beneficiosa en el TDAH se basa en la capacidad de producir cambios en los neurotransmisores y neuromoduladores endógenos, así como en la capacidad de inducir cambios duraderos en el funcionamiento cerebral, cuyo mecanismo neurobiológico parece subyacer en la plasticidad sináptica (Stefan, Kunesch, Cohen, Benecke y Classen, 2000). En general, los efectos de la TMS pueden prolongarse durante minutos, días o meses

en función del protocolo utilizado. Se recomienda la individualización del tratamiento en función de la respuesta clínica.

Recientemente, otro tipo de estimulación no invasiva, la tDCS ha mostrado ser beneficiosa a nivel cognitivo en el tratamiento de trastornos psiquiátricos como la depresión (Rigonatti, Boggio, Myczkowski, Nitsche y Pascual-Leone (2008) y en conductas adictivas (Boggio, Sultani, Fecteau, Merabet, Mecca y Pascual-Leone, 2008). Su utilización en la infancia es muy limitada, si bien el extraordinario perfil de seguridad y tolerabilidad, el gran potencial que está demostrando como alternativa terapéutica en adultos, así como su capacidad para guiar la plasticidad cerebral, la convierten en una técnica terapéutica muy prometedora en el campo de la psiquiatría, la neurología y la rehabilitación infantil.

La posibilidad de combinar estas técnicas con otras terapias de rehabilitación motora o cognitiva, así como con psicofármacos, abre un área prometedora para el desarrollo de nuevas intervenciones y estrategias de potenciación terapéutica (Rubio et al., 2011).

Estimulación cognitiva

Como rehabilitación cognitiva se entiende la aplicación de procedimientos y técnicas con el fin de que las personas con un déficit en alguna o varias de las funciones cognitivas puedan adquirir un nivel óptimo del desempeño de éstas. Es en las últimas décadas cuando se ha generado un gran interés en torno a la estimulación y rehabilitación de las funciones cognitivas, especialmente en pacientes con daño cerebral (Ríos, Muñoz y Paúl, 2007). Habitualmente, se diferencian tres modalidades de rehabilitación cognitiva (Parenté y Herrmann, 1996):

- Rehabilitación. Consiste en la recuperación de la función deteriorada.
- Sustitución. Hace referencia a la asimilación de la función deteriorada por otra conservada.
- Compensación. Es la utilización de algún elemento externo al sujeto para que compense la función deteriorada (p. ej., utilizar una calculadora en lugar de sumar mentalmente).

Comentaremos a continuación algunos ejemplos de este tipo de tratamiento. La “terapia de estimulación no dirigida o práctica”, es el método

más antiguo de rehabilitación cognitiva y uno de los más utilizados. Se basa en la idea de que el funcionamiento cognitivo puede mejorarse mediante la estimulación del sistema cognitivo de forma general. Asume la idea de que una función cognitiva sería como un ‘músculo mental’ y ejercitarlo en una tarea lo reforzaría para utilizarlo en otras actividades. Este tipo de intervención se lleva a cabo normalmente con ejercicios de papel y lápiz (más recientemente con soporte informático) y se requiere el uso de una o más habilidades mentales (Thomas-Stonell, Johnson, Schuller, y Jutai, 1994). El entrenamiento de procesos, estimulación directa o dirigida, es similar al método anterior, pero se centra en áreas cognitivas específicas. Desde esta perspectiva, resulta imprescindible una evaluación inicial adecuada que ofrezca una descripción detallada de las funciones o habilidades perdidas, de tal forma que los programas de tratamiento puedan diseñarse para que demanden al cerebro el empleo de los procesos interrumpidos (Bracy, 1986).

Existen una serie de pautas que deben tenerse en cuenta en la implementación de cualquier programa de rehabilitación cognitiva (López-Luengo, 2001):

- El entrenamiento debe ser individual, perfectamente adaptado a los déficits del sujeto y aprovechando su potencial, independientemente de que dicho entrenamiento se realice en un contexto de grupo. El programa elegido se ha de adaptar a las necesidades individuales de cada individuo y ha de ser útil para su vida cotidiana.
- El entrenamiento cognitivo debe comenzar por los aspectos más nucleares y debe programarse la generalización a nivel más molar a través de tareas en la vida diaria del sujeto que comprometan las funciones cognitivas entrenadas.
- Se debe comenzar con tareas que exijan del sujeto unas demandas mínimas de su capacidad atencional, de manera que sea necesario un pequeño esfuerzo para realizarlas, pero que asegure que se va a tener éxito en la misma, e ir progresando en dificultad poco a poco, según se vaya alcanzando el criterio adecuado. De este modo, podría ser necesario, para un determinado sujeto, comenzar con tareas más automáticas del estilo de ‘orientación al estímulo’ e ir progresando hacia otras más

controladas. Como un grado más de dificultad, se añadirá material con carga emotiva, ya que éste representa un nivel de mayor carga en el sistema de procesamiento de la información del sujeto.

- Tras la mejora en las pruebas, se empleará material de la vida real. Para facilitar la generalización, se debe entrenar al sujeto en varios tipos de tareas (p. ej., visuales, auditivas y táctiles) o que exijan distintas respuestas (hablar, apretar una tecla o escribir).
- Ajustar el nivel de dificultad. El sujeto nunca debe acabar en una sesión en la que tenga más errores que aciertos.
- Debe incluirse un componente educacional, pues favorece la motivación y auto-observación.
- Se ha de realizar un entrenamiento metacognitivo, lo cual implica explicar qué es la atención y dotar de estrategias para dirigir la atención del sujeto de forma adecuada. Así, las primeras sesiones comenzarán explicando todo esto al sujeto y en las siguientes el terapeuta debe hacer que el sujeto lo explique con sus propias palabras y de este modo asimile la información. Este es el paso primero y fundamental de todo proceso de intervención cognitiva.
- Deben intervenirse todas las áreas afectadas, de forma serial, organizándolas en un orden jerárquico.
- Emplear material que motive al sujeto y proporcionar feedback sobre el rendimiento, recompensando tanto los logros obtenidos, como el esfuerzo realizado.

En el TDAH, este tipo de técnicas abre una puerta al tratamiento complementario para habilitar las funciones defectuosas presentes, que pueden consolidar los efectos a corto plazo obtenidos con otras técnicas (Ylvisaker et al., 2002; Stefanatos y Baron, 2007).

La terapia de juego

Es un hecho que la mayoría de guías señalen la no evidencia de la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos basados en la relación. Esto no quiere decir que afirmen que no sean útiles, sino que para los criterios exigidos por la evidencia, todavía no lo han demostrado (Mabres, 2012). Las intervenciones centradas en la relación terapéutica y en el abordaje de los problemas

emocionales y afectivos producen cambios evidentes, sin embargo posiblemente hacen falta instrumentos para demostrar su utilidad y su eficacia.

La terapia infantil que usa el juego como instrumento de evaluación e intervención puede proporcionar al niño una forma evolutivamente adaptada a su nivel de desarrollo para comunicarse y crecer (Landreth, 2002). Esta modalidad terapéutica está indicada para niños con dificultades en la evolución de sus funciones psíquicas, con pobreza en su capacidad de simbolización, con dificultades atencionales, ausencia de contención o por el contrario excesiva inhibición, con dificultades para vincularse emocionalmente así como para aquellos niños de evolución global lenta, a menudo con retraso evolutivo global en relación a su edad cronológica (Tarragó, 2007).

Aunque la terapia de juego no se ha reconocido como un tratamiento efectivo para niños con TDAH (DuPaul y Stoner, 2003), ha sido usada con éxito con niños con otros problemas externalizantes e internalizantes (Bratton, Ray, Rhine and Jones, 2005). Concretamente, se ha demostrado el impacto positivo que la terapia de juego ejerce sobre los problemas generales de conducta (Raman y Kapur, 1999); los problemas de conducta externalizantes (Flahive, 2005; Garza y Bratton, 2005; los problemas internalizantes (Packman y Bratton, 2003); la autoeficacia precibida (Fall, Balvanz, Johnson y Nelson, 1999); el autoconcepto (Kot, Landreth y Giordano, 1998; Post, 1999); la ansiedad y la depresión (Baggerly, 2004) y los problemas de lenguaje (Danger y Landreth, 2005).

En esta línea de tratamiento, encontramos un estudio realizado por Ray, Schottelkorb, y Tsai (2007) que se planteó como objetivo investigar el efecto de la terapia de juego en la reducción de la sintomatología central del TDAH así como en otros problemas asociados a nivel emocional (ansiedad, retraimiento, problemas de conducta) y en el aprendizaje. Concretamente, fueron seleccionados 60 niños que presentaban síntomas de TDAH, con edades comprendidas entre 5 y 11 años. Fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones de tratamiento: 31 recibieron terapia de juego centrada en el niño y 29 participaron en sesiones de lectura guiada (reading mentoring). De la totalidad de la muestra seleccionada, 15 niños (9 del grupo de juego y 6 del grupo de lectura guiada) tomaban medicación psicoestimulante durante la duración de la investigación. Todos los niños participaron en 16 sesiones individuales de 30

minutos de duración. Los resultados indican que todos los niños que participaron en la investigación mostraron una mejora estadísticamente significativa en los síntomas centrales del TDAH. Los niños que participaron en el tratamiento de juego demostraron una mejora estadísticamente significativa en comparación con el grupo de lectura en los síntomas centrales de TDAH y en sus niveles de labilidad emocional, ansiedad y retraimiento, estimados por sus profesores mediante la escala de Conners (2001) y el Index of Teaching Stress (Abidin, Greene y Konold, 2004).

Esta es la primera investigación que estudia el efecto de la terapia de juego para niños que muestran síntomas específicos de TDAH. Teniendo en cuenta estos resultados junto con aquellos que encuentran una asociación frecuente entre el TDAH y problemas o trastornos internalizantes (Kronenberger y Meyer, 2001; Baxter y Rattan, 2004), es recomendable que en la planificación de las intervenciones para niños con TDAH se contemple este tipo de intervención, con el objetivo de reducir no sólo los síntomas centrales del TDAH, sino también los problemas internalizantes que frecuentemente aparecen asociados.

Yoga

Otra de las terapias que en los últimos años está recibiendo mucha atención como complementaria a otras de reconocida eficacia para el tratamiento del TDAH, es el yoga, entendido como un sistemático cuerpo de conocimiento relacionado con procesos mentales y fisiológicos que conducen a un cambio en la fisiología del cuerpo a través de técnicas de respiración, posturales y de control cognitivo, como es la meditación (Jensen y Kenny, 2004).

Encontramos algunos estudios que han investigado la eficacia del yoga a nivel cardíaco (Shannahoff-Khalsa et al., 2004), en el metabolismo de la glucosa (Herzog, Lele y Kuwert 1990) y en la lateralización hemisférica cerebral (Werntz, Bickfort, y Shannahoff-Khalsa, 1987). También se ha estudiado su eficacia en el tratamiento de los trastornos obsesivo-compulsivos (Shannahoff-Khalsa, Sramek, y Kennel, 2004).

Uno de los primeros estudios científicos publicados sobre los efectos del yoga en niños con TDAH fue el de Jensen y Kenny (2004). Una muestra compuesta por 14 niños de 8 a 13 años diagnosticados de TDAH tratados farmacológicamente, recibió dos tipos de intervención complementaria, 20

sesiones de yoga o bien actividades de trabajo cooperativo. Las sesiones de yoga incluían técnicas de respiración, relajación, posturales y entrenamiento en concentración. Se encontraron mejoras significativas tras la intervención en yoga y no en el grupo control en las siguientes subescalas de la escala Conners para padres: oposicionismo, índice global de labilidad emocional, índice total de la escala Conners e índice global de hiperactividad/impulsividad. Los niños que formaron parte del grupo control, también mostraron mejoras significativas en varias subescalas (hiperactividad, timidez/ansiedad y en problemas sociales). Ambos grupos mejoraron significativamente en la subescala de perfeccionismo, en hiperactividad/impulsividad (DSM-IV), y en la puntuación total de DSM-IV. Se encontró una correlación positiva entre el número total de sesiones recibidas de yoga y la mejoría encontrada en los niños a nivel atencional.

Otro estudio posterior (Harrison, Manocha y Rubia, 2005), investigó la meditación como un tratamiento familiar para niños con TDAH usando las técnicas de meditación del Sahaja yoga. Los niños participaron con sus padres en un programa de 6 semanas de duración con una frecuencia de dos días a la semana y la recomendación de realizar los ejercicios de meditación regularmente en casa. Evaluaron antes y después del tratamiento los síntomas centrales del TDAH en los niños estimados por sus padres, los niveles de autoestima y la calidad de la relación parental. Los resultados mostraron mejoras en la conducta de los niños con TDAH, en la autoestima y en la calidad de las relaciones familiares. Los niños describieron los beneficios que obtuvieron en casa (mejor calidad de su sueño y a una disminución de su nerviosismo) y en el colegio (más capacidad de concentración y menos conflicto). Los padres manifestaron sentirse más felices, menos estresados y más capaces de manejar la conducta de sus hijos.

Aunque son necesarios más estudios rigurosos para demostrar de forma convincente la efectividad del yoga como tratamiento para el TDAH, los resultados de estos estudios sugieren que puede tener un papel complementario al tratamiento convencional y validado científicamente para el TDAH (Rojas y Chan, 2005).

Masaje infantil

Otra técnica complementaria que ha ganado popularidad entre la población como una forma para promover la relajación es el masaje. Por ejemplo, se ha encontrado que el masaje puede ser beneficioso en niños prematuros y bajo peso al nacimiento para aumentar peso y talla en la unidad de cuidados intensivos neonatal (Vickers, Ohlsson, Lacy y Horsley, 2004).

Encontramos dos estudios publicados en los que se utiliza esta técnica como forma de tratamiento para adolescentes con TDAH. En el primero de ellos (Field, Quintino y Hernández-Reif, 1998), la muestra estaba compuesta por 28 adolescentes con TDAH y problemas emocionales asociados. Fueron asignados aleatoriamente a dos tipos de tratamiento durante 10 días, sesiones de masaje o de relajación. Los que recibieron las sesiones de masajes mejoraron más su humor y fueron valorados como menos agresivos después de las sesiones de tratamiento comparados con aquellos que recibieron el tratamiento de relajación. Dos semanas después de la intervención, los profesores observaron un descenso de la hiperactividad en el aula y más tiempo centrados en la tarea en los alumnos que habían recibido las sesiones de masaje en comparación con los que habían recibido las sesiones de relajación.

Resultados similares encontraron en otro estudio en el que asignaron aleatoriamente a 30 estudiantes con TDAH a dos condiciones de tratamiento: 20 minutos de masaje dos días a la semana durante un mes o bien formar parte de una lista de espera configurando un grupo control que no recibía tratamiento (Khilnani, Field y Hernández-Reif, 2003).

Aunque prometedores, estos resultados deben ser considerados con cautela dadas las limitaciones de los estudios, como el tamaño de las muestras, así como la falta de generalización y de comparación con otros tratamientos para el TDAH de probada eficacia, como el tratamiento farmacológico o psicosocial.

En síntesis, aunque algunas de las terapias revisadas se muestran como prometedoras intervenciones eficaces para el TDAH, creemos como Rojas y Chan (2005) que el conjunto de las evidencias encontradas hasta el momento no apoya su uso como terapias únicas o alternativas a las de probada eficacia hasta el momento para el TDAH. Más bien las consideramos como intervenciones complementarias, pudiendo ser un componente más de la intervención

multimodal que se aplique de forma contextualizada en el entorno familiar y escolar del niño.

3.5. Predictores de respuesta al tratamiento del niño con TDAH

A pesar de la evidencia en relación con la eficacia de las distintas modalidades de intervención en el manejo de los niños con TDAH, existe mucha variabilidad en el grado en el que cada niño mejora como consecuencia de dicho tratamiento. Se han publicado diferentes trabajos que han investigado los posibles factores mediadores y moderadores que pueden modular la respuesta individual del sujeto a la intervención (Chronis et al., 2006). Hemos clasificado los factores en los centrados en la familia, la escuela y el propio niño.

En la familia. Uno de los aspectos que destacan como fundamentales para el éxito de la intervención es la implicación de los padres en la misma (Swanson et al., 2008). Los padres son los principales responsables tanto de la participación de sus hijos en el tratamiento, como del mantenimiento de éste a lo largo del tiempo. El conocimiento, las preferencias y expectativas de los padres en relación con las diferentes formas de afrontar el trastorno de su hijo, es una de las claves para la consecución de resultados positivos así como para el mantenimiento de dicha intervención en el tiempo. Este aspecto es importante si se tiene en cuenta que aproximadamente el 50% de las familias de niños con TDAH abandonan el tratamiento recomendado por los especialistas (Krain, Kendall y Power, 2005). Los autores explican este hecho como consecuencia de diferentes factores como la cualificación del terapeuta, los horarios de visita semanales, así como la disposición económica de los padres, entre otros.

Diferentes investigadores consideran que la aceptabilidad del tratamiento por parte de los padres de los niños con TDAH juega un papel fundamental en su continuidad (Berger, Dor, Nevo y Goldzweig, 2008). Estos autores sugieren que los padres de estos niños inician y mantienen la intervención que ellos aprecian como más aceptable. Como ya se ha comentado anteriormente, la aceptación de la intervención farmacológica aumenta si se combina con una intervención conductual. Aunque tanto la medicación psicoestimulante como la terapia conductual son tratamientos probados para tratar el TDAH en ambientes experimentales, el último es más fácilmente aceptado por los padres de niños con

TDAH que la medicación en la práctica clínica (Pelham et al., 2004). Los resultados obtenidos por So et al. (2008) en su investigación sobre la eficacia de la intervención en niños chinos con TDAH, mostraron que cuatro familias abandonaron el estudio después de conocer que fueron asignados al grupo de sólo tratamiento farmacológico. El 93% de las familias que recibieron el tratamiento combinado, frente al 76% que recibieron sólo tratamiento farmacológico permanecieron con las condiciones de tratamiento en el post-test. Así, añadiendo la terapia conductual a la farmacológica se obtiene una mejor aceptación y adherencia al tratamiento valorado con una menor tasa de deserción.

Otro factor importante es el conocimiento que tienen los padres sobre el trastorno. Daley (2006) ha realizado una revisión acerca de las intervenciones para niños con TDAH, llegando a la conclusión que cuanto más informados están los padres, más lo pueden entender y mejor disposición tendrán para comenzar una intervención, así como para no abandonarla de forma prematura. En esta revisión se encontró que los padres parten de unas creencias concretas en relación a las opciones de tratamiento disponibles, pero que éstas se pueden modificar a través de los conocimientos.

Un factor que también puede modular la respuesta al tratamiento de los niños con TDAH son las atribuciones de sus padres. Los padres que consideran que los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad son debidos únicamente a factores internos y por tanto estables en sus hijos manifiestan mayores dificultades para iniciar y mantener el tratamiento (Johston y Freeman, 1997).

Diferentes estudios han probado la mayor prevalencia de psicopatologías en los padres de niños con TDAH (Nigg y Hinshaw, 1998; Modesto-Lowe, Danforth y Brooks, 2008). La presencia de psicopatología en los padres en general y la depresión materna en particular, es posiblemente la barrera más estudiada en relación con la respuesta al tratamiento de los niños con TDAH y trastorno de conducta. Owens et al. (2003) mostraron que los niños con TDAH del estudio MTA (1999) con madres depresivas no mejoraban de la misma forma que los niños con madres sin esta problemática. También, los padres que sufren

psicopatologías abandonan con mayor probabilidad el tratamiento (Sonuga-Barke, 2002).

El estatus socioeconómico es un factor poco estudiado pues las familias con un nivel bajo no han tenido acceso a las investigaciones más importantes realizadas (Weisz y Hawley, 1998). El estudio MTA (1999) sugiere que existen diferencias en la respuesta al tratamiento basadas en el estatus socioeconómico. Por ejemplo, las intervenciones conductual y combinada eran más positivas que la farmacológica sola en los niños cuya familia tenía un mayor nivel de educación (Rieppi et al., 2002).

Otro factor que puede modular la respuesta al tratamiento es la cultura/raza a la que pertenece la familia de los niños. Bussing, Schoenberg y Perwein (1998) encontraron que comparados con padres caucásicos, los padres afroamericanos eran menos conscientes de la existencia del TDAH. Las familias latinas consideran que pueden manejar por su cuenta a sus hijos con TDAH mejor que los servicios de salud mental (Chronis et al., 2003). También Daley (2006) encuentra que los padres caucásicos prefieren en mayor medida la intervención farmacológica, mientras que los no caucásicos prefieren la conductual. Según Arnold et al. (2003), los datos del MTA informan que los niños con TDAH de raza negra se beneficiaban en mayor medida de la intervención combinada que los niños de raza blanca.

En la escuela. Tal y como hemos desarrollado anteriormente, el grado de conocimientos sobre TDAH que tienen los profesores es un factor fundamental a tener en cuenta como modulador del éxito de las intervenciones. Ghanizadeh, Bahredar y Moeini (2006), revisando la literatura en relación con las intervenciones multimodales y multicontextuales centrados en el papel del profesor, encontraron que el conocimiento de los profesores acerca del TDAH es muy bajo. Concretamente, el 46.7% de los mismos considera que el TDAH es un trastorno de naturaleza biológica y genética, mientras que el 53.1% considera que los padres son los responsables del trastorno de sus hijos. Asimismo, encontraron una relación significativa entre el conocimiento de los profesores acerca del trastorno, sus actitudes hacia el mismo y los resultados de la intervención.

En el propio niño con TDAH. Algunas características de los propios niños juegan un papel importante en la respuesta de éstos al tratamiento. En este

sentido, el género no es una variable que module los resultados de la intervención (Hinshaw y Blachman, 2005). Por el contrario, la severidad del TDAH en el momento previo a la intervención, sí parece ejercer una influencia importante, de forma que los niños con unas manifestaciones más severas responden peor a las intervenciones farmacológicas y combinadas (Hinshaw, 2007). Asimismo, el CI puede mediatizar la respuesta de los niños con TDAH a la intervención. Owens y cols. (2003) informan que los niños con un CI inferior a 100 tenían una respuesta peor a las intervenciones farmacológica y combinada.

Otro factor que puede influir es la secuenciación de los tratamientos, es decir, cuál es el tipo de tratamiento que es elegido en primera opción así como por la dosis de fármaco empleada (Van der Oord et al., 2008). Para los síntomas centrales del TDAH, los efectos del metilfenidato son amplios y deja poco espacio para la mejora cuando se incorpora posteriormente un tratamiento psicosocial. La mayoría de los estudios que emplean un tratamiento combinado, en primer lugar implementan un tratamiento farmacológico ajustando la medicación óptima para el sujeto y posteriormente añaden el tratamiento psicosocial, limitando así el espacio para la mejora con el segundo tratamiento.

Sin embargo, algunos estudios de laboratorio intra-sujeto han mostrado que cuando se añade a bajas dosis de metilfenidato (la menos dosis que cause efecto) el tratamiento psicosocial, éste sí tiene efectos añadidos al tratamiento farmacológico de forma aislada (Carlson et al., 1992) consiguiendo un mayor efecto que con el tratamiento farmacológico o psicosocial aislado. Un dato interesante que se desprende del MTA (1999) es el hecho de que la medicación previa de los niños es un factor que influye en la continuidad y respuesta de éstos al tratamiento. Concretamente, hasta un 50% de los niños que estaban en la condición conductual y habían sido medicados previamente a la intervención tuvo que volver a recibir medicación antes de la conclusión del tratamiento, mientras que solamente el 15% de los niños que no habían recibido medicación previamente y estaban en el grupo conductual tuvo que recibirla. Hinshaw (2007) concluye que los niños que han sido tratados farmacológicamente en algún momento, es difícil que mantengan o mejoren su conducta con otra modalidad de intervención, si no se les continúa medicando.

La comorbilidad asociada al TDAH es otro factor que parece influir en la respuesta de los niños a la intervención. Los resultados del MTA (1999) informan que los niños con TDAH y trastorno de conducta asociado responden normalmente de forma similar a las diferentes intervenciones, aunque con mejoras más importantes al tratamiento farmacológico (Jensen et al., 2001). En contraste, los niños con TDAH y trastorno de ansiedad asociado, responden mejor a la terapia conductual (Hinshaw, 2007). Por otro lado, las comorbilidades cruzadas también modulan los resultados, es decir, los niños con TDAH, ansiedad y problemas de conducta asociados, respondían mejor a la intervención combinada (Jensen et al., 2001).

Por último, creemos que merece la pena mencionar en este punto aquellos factores protectores o factores de resiliencia, cada vez más investigados en el campo de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia y más concretamente en el TDAH (Martel y Nigg, 2006; Nigg, Nikolas, Friderici, Park y Zucher, 2007; Regalla, Rodrigues y Serra-Pinheiro, 2007).

Los factores protectores o factores de resiliencia son aquellas características, hechos o situaciones propios del individuo o de su entorno que aumentan la probabilidad de éxito en el afrontamiento de la adversidad y disminuyen la posibilidad de desajuste psicosocial aun con la presencia de factores de riesgo. Los factores de resiliencia modifican la reacción a la situación de riesgo y reducen el efecto de tal riesgo y las reacciones negativas en cadena. Como ocurre con el estudio de los factores de riesgo, las investigaciones sobre los factores de resiliencia evidencian que la protección resulta a la vez de variables genéticas y constitucionales, de disposiciones y características de personalidad, y del apoyo del medio familiar y extrafamiliar.

La Organización Mundial de la Salud al sintetizar las conclusiones de las investigaciones sobre este tema (Munist y Santos, 1998), describe los factores del propio individuo y del entorno social que aparecen asociados positivamente con la resiliencia, y diferencia dos grupos:

- Atributos individuales: competencia social, sentido del humor, resolución de problemas, autonomía y sentido de propósito y de futuro.
- Atributos del entorno: la seguridad de un afecto recibido por encima de todas las circunstancias y no condicionado a las conductas ni a ningún otro aspecto de

la persona, la relación de aceptación incondicional de un adulto significativo y la extensión de redes informales de apoyo.

Un referente emblemático y pionero en el estudio de la resiliencia en niños o adolescentes con trastornos en su desarrollo lo constituye el estudio longitudinal llevado a cabo por Werner y Smith (1982) con una amplia muestra de niños pertenecientes a una generación multirracial nacida en 1955 en Hawái que vivían expuestos a condiciones precarias y adversas de diferente índole (pobreza, enfermedades físicas o mentales, así como alcoholismo parental, violencia, etc.). Las observaciones repetidas a lo largo de 40 años permitieron comprobar que el 60% de los varones y el 70% de las mujeres se mostraban satisfechos con su vida laboral, habían establecido relaciones de pareja satisfactorias y, en general, expresaban altos niveles de bienestar subjetivo y sentido de autoeficacia. Aunque este proyecto confirmó la realidad de los riesgos de trastornos del desarrollo y de psicopatología para muchos de los niños expuestos a situaciones adversas, una vez visto que las consecuencias no eran igualmente graves en todos los casos, se inició una nueva vía de investigación que se interesaba por identificar los factores protectores o de resiliencia.

A partir de los resultados obtenidos, se postuló la existencia de cinco clusters de factores protectores:

- La presencia de un temperamento ‘fácil’ que elicitaba reacciones positivas en padres, profesores e iguales.
- Una habilidad para sacar rendimiento a los talentos o potencialidades de uno mismo, sentido de autoeficacia, planes y metas realistas respecto a los estudios y el trabajo, responsabilidad y autocontrol.
- Un clima familiar que provee estructura, apoyo, estabilidad y promoción de la autoestima, basado en unas adecuadas prácticas y habilidades parentales.
- La presencia de un adulto del entorno familiar o extrafamiliar que proporcione soporte emocional, cuidado y estímulo, confíe en las posibilidades y potencialidades del individuo con dificultades, le demuestre esta confianza y le infunde optimismo.
- La experiencia oportuna de sucesos evolutivos tales como el paso de la escolarización obligatoria a la superior o a la vida laboral o al ingreso en el

ejército, que marcan una trayectoria positiva de estos individuos hacia la vida adulta.

Otro trabajo de gran importancia en el estudio de la resiliencia –en el área de los trastornos de conducta– lo constituye el realizado por las portuguesas Regalla et al. (2007) en el que profundizan sobre el concepto de resiliencia, los factores de riesgo y de protección y su relación con el TDAH. En el estudio, las autoras introducen el estudio comentando la alta asociación o comorbilidad del TDAH con algunos problemas o trastornos como por ejemplo, altos niveles de fracaso escolar (Rohde et al., 1999), de abuso de sustancias (Molina, Pelham, Gnagy, Thompson, y Marshal, 2007) y de problemas sociales (Spencer et al., 2007). Sin embargo, las autoras defienden que también existen muchos niños con TDAH que no evolucionan negativamente, sino todo lo contrario, que disminuyen de manera significativa sus dificultades o incluso que normalizan su conducta en la edad adulta.

La ausencia de trastornos comórbidos, una adecuada estructuración familiar, niveles altos de satisfacción vital y habilidades comunicativas se asocian con personas resilientes sin TDAH. Es posible que también se pueda asociar a un menor riesgo o pronóstico más favorable en los niños con TDAH (Regalla, Rodrigues y Serra-Pinheiro, 2007).

Queda mucho camino por recorrer hasta que logremos comprender las complejas interacciones y procesos entre factores internos y externos de riesgo y de protección que están implicados en la resiliencia. No obstante, la intervención con niños con TDAH se enriquecerá cuando no se enmarque exclusivamente en un enfoque centrado en el déficit y se deje de ignorar el enorme potencial del ser humano para sobreponerse a las condiciones adversas. Hasta la fecha, la mayor parte de las iniciativas se ha focalizado en paliar los problemas en el ámbito académico y familiar. Un currículo dirigido a potenciar el desarrollo global de estos niños no puede seguir ignorando otros objetivos igualmente importantes, como la promoción de habilidades personales y sociales tales como la autoconciencia, el sentido de autoeficacia, el uso efectivo del apoyo y las estrategias de afrontamiento emocional.

Las condiciones para crear un entorno favorecedor de la resiliencia que competen a la familia y al entorno escolar incluirían como componentes básicos

mantener una visión ‘discreta’ de la dificultad (percepción del niño en su globalidad), expectativas realistas y positivas asentadas en la potenciación y aprovechamiento de recursos, junto con la presencia de aceptación y apoyo emocional (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik, 2003).

Potenciar los factores protectores y amortiguar los de riesgo exige una gran motivación y trabajo por parte de las familias y los profesionales de la educación y de los investigadores. No obstante, es una meta que merece nuestro esfuerzo. Ir más allá del tradicional enfoque de riesgo y asumir que la resiliencia es una capacidad presente en todo individuo, que se construye y puede desarrollarse, puede servir para reforzar la motivación y el esfuerzo de padres y profesionales comprometidos con niños que presentan dificultades (Pérez, Ferri, Melià y Miranda, 2007).

A partir de la revisión de la literatura hemos constatado una carencia de estudios de intervención en TDAH que incluyan los siguientes tópicos:

- Intervenciones duraderas, que acompañen al menos durante un curso escolar y en paralelo a padres y profesores. La mayoría son muy breves e intensivas y no se implementan simultáneamente en el contexto familiar y escolar de los niños.
- Evaluación de los efectos de la intervención psicoeducativa sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas que los maestros tienen sobre el TDAH. Nos consta la existencia de un sólo estudio publicado de este tipo (Syed y Hussein, 2010).
- Intervenciones grupales con padres y profesores que no se enmarquen exclusivamente en un enfoque centrado en el déficit y se dirijan también a potenciar el desarrollo global de estos niños, orientando estrategias y condiciones para favorecer un entorno familiar y escolar potenciador de la resiliencia.
- Evaluación de los efectos de una intervención combinada sobre el clima escolar y familiar de niños con TDAH.

Precisamente el presente estudio se ha planificado con la finalidad de arrojar luz sobre estos tópicos menos estudiados o incluidos en la investigación actual sobre el TDAH infantil.

SEGUNDA PARTE: TRABAJO EMPÍRICO



CAPÍTULO 4



Presentación del trabajo empírico

4.1. Justificación

En el TDAH no hay un único modelo de intervención, sino que más bien se ha enfocado desde diferentes perspectivas, que coinciden esencialmente con las distintas interpretaciones del problema que se han sucedido a lo largo del tiempo (Miranda, Jarque y Rosel, 2006). Los tres procedimientos con mayor vigencia en la actualidad son los tratamientos farmacológicos, las intervenciones psicosociales y las combinadas.

Un análisis diacrónico de los últimos 25 años sobre el empleo de estos enfoques de tratamiento en la literatura científica ha evidenciado la presencia de un mayor número de investigaciones dirigidas a analizar la eficacia de la medicación estimulante de forma aislada, frente a las intervenciones psicosociales y combinadas (Jarque, 2012). También se observa que la última década (2001-2011) ha aumentado considerablemente el número de estudios sobre la eficacia de diversas terapias alternativas o complementarias.

De acuerdo con la revisión de Jarque (2012), mediante la búsqueda en Psycinfo con las palabras clave *ADHD and Treatment*, los datos del período 2001-2011 más destacables son los siguientes (ver tablas 2 y 3).

A) La modalidad más empleada es la *medicación*, con 27 estudios (49.9%), de los que:

- a) 15 han empleado estimulantes (55.5%) (ej. Antonucci, Kunnis, Manos, López y Kerney, 2010).
- b) 6 han analizado la eficacia de la atomoxetina (22.2%) (ej. Waxmonsky, Waschbusch, Akinnusi y Pelham, 2011).
- c) 3 han incluido antidepresivos (11.1%) (ej. Schertz y Steinberg, 2008).
- d) 3 han usado varios fármacos (11.1%). (ej. Graziano, Gellken y Lall, 2011).

B) Las *intervenciones psicosociales* se han empleado en 12 artículos (21.8%):

- a) 2 han empleado entrenamiento a padres (16.6%) (ej. Langberg et al., 2010).
- b) 3 han incluido a maestros (25%) (ej. Miranda, Presentación y Soriano, 2002).
- c) 2 un tratamiento de verano (16.6%) (ej. Mikami, Calhoun y Abikoff, 2010).
- d) 5 han empleado diversos componentes (41.6%) (ej. Calderón, 2001; Evans, Schultz, DeMars y Davis, 2011).

C) Las *intervenciones combinadas* se han empleado en 3 estudios (5.4%) (ej. Jans, Kreiker y Warnke, 2008).

D) Las *intervenciones alternativas o complementarias* aparecen en 13 estudios (23.6%), de los cuales:

- a) 4 han usado suplementos alimenticios (30.7%) (ej. Arnold et al, 2011).
- b) 3 neurofeedback (23%) (ej. Willis, Weyandt, Lubiner y Schubart, 2011).
- c) 6 varios procedimientos (46%) (ej. Waschbusch y Hill, 2001).

Tabla 2. Porcentaje de estudios dirigidos a analizar la eficacia de las distintas modalidades de tratamiento para el TDAH en tres períodos distintos.

	Estudios 1986-1992 (Miranda, Pastor y Roselló, 1994)	Estudios 1994- 2000 (Jarque, 2011)	Estudios 2001-2011 (Jarque, 2011)
Media anual	9.7	5.5	5
T. Farmac.	60.8%	36%	49.9%
T. Psicosocial	26%	12.8%	21.8%
T. Combin.	13%	36%	5.4%
T. Alternativ.	-	15.4%	23.6%

Tabla 3. Porcentaje de estudios dirigidos a analizar la eficacia de los tratamientos farmacológicos, psicosociales y alternativos para el TDAH, en los períodos 1994-2000 y 2001-2011.

	Estudios 1994- 2000	Estudios 2001-2011
Tratamiento Farmacológico	Estimulantes: 50% Antidepresivos: 21.4% Donepezil: 7.1% Combinaciones: 21.4%	Estimulantes: 55.5% Atomoxetina: 22.2% Antidepresivos: 11.1% Combinaciones: 11.1%
Tratamiento Psicosocial	Padres: 20% Maestros: 20% Multicomponente: 60%	Padres: 16.6% Maestros: 25% T. verano: 16.6% Multicomponente: 41.6%
Tratamientos Alternativos	Suplem. alimentarios: 50% Neurofeedback: 33.3% Combinación varias: 16.6%	Suplem. Aliment.: 30.7% Neurofeedback: 15.3% Combinación varias: 53.8%

Tal y como hemos señalado a lo largo del trabajo, en la actualidad todavía son escasas las investigaciones que se hayan dedicado a comparar la efectividad y las limitaciones que presentan unos enfoques de tratamiento frente a otros implementados de forma aislada o en combinación. Posiblemente como consecuencia de ello, en la práctica clínica de forma rutinaria se implementan intervenciones farmacológicas, psicológicas y/o combinadas sin conocer realmente sus bondades y limitaciones y en consecuencia, sin personalizar la

mejor opción terapéutica para cada niño en función de su sintomatología, problemas asociados y circunstancias personales y familiares.

Nos atrevemos a decir, apoyados por algunos autores que también lo han encontrado en sus investigaciones (Döpfner et al., 2004), que muchos niños están recibiendo medicación psicoestimulante sin ser estrictamente necesaria, ya que probablemente una intervención psicosocial podría ser suficiente, o bien, en el caso que fuera necesaria la intervención farmacológica, las dosis administradas podrían ser menores y la adherencia al tratamiento mayor si se implementara junto a un tratamiento psicosocial contextualizado y prolongado en el tiempo (Chronis et al., 2006; Fabiano et al., 2009; Van der Oord et al., 2008).

Según nuestro conocimiento, la presente investigación es el primer estudio realizado en España centrado en analizar la eficacia relativa y diferencial de un tratamiento farmacológico versus uno combinado para niños con TDAH. Con ella pretendemos dilucidar una cuestión todavía controvertida, iniciada posiblemente por los resultados iniciales del MTA (1999), respecto a los beneficios incrementales que supone añadir una terapia psicosocial al tratamiento médico sobre las manifestaciones del TDAH y en sus contextos naturales.

Más concretamente, en este capítulo presentaremos los objetivos e hipótesis del estudio, la descripción del método seguido y los procedimientos de intervención empleados, a saber, farmacológico y combinado. En el capítulo 5, se mostrarán los resultados obtenidos de acuerdo con cada uno de los objetivos planteados previamente. De este modo, presentaremos en primer lugar los efectos relativos y diferenciales de cada modalidad de tratamiento en el contexto escolar y posteriormente en el contexto familiar.

Por último, en el capítulo 6 expondremos una serie de conclusiones derivadas de los datos obtenidos, donde trataremos de contrastar nuestros resultados con los obtenidos en investigaciones similares, aportando reflexiones razonadas al respecto.

4.2. Objetivos de la investigación

El objetivo general de esta investigación es analizar los efectos de una intervención combinada versus un tratamiento farmacológico sobre un grupo de maestros y familias de niños con TDAH (cuadro 2).

Los objetivos específicos relativos al *contexto escolar* y las hipótesis de partida, basadas en la literatura especializada sobre el tema son los siguientes:

Intervención farmacológica

1. *Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH.*

De acuerdo con este primer objetivo, hipotetizamos que, tras la intervención farmacológica, los profesores no aumentarán su nivel de conocimientos sobre el TDAH, ni disminuirán sus falsas creencias y lagunas.

2. *Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros.*

En relación con este segundo objetivo, se hipotetiza que el grupo de maestros que ha participado en la intervención farmacológica no verá aumentada su autoeficacia.

3. *Analizar los efectos de intervención farmacológica sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar.*

Para este tercer objetivo se hipotetiza que la intervención de tipo farmacológica tendrá un efecto positivo en la disminución de la sintomatología de TDAH manifestada por sus alumnos.

4. *Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH.*

Hipotetizamos que la intervención de tipo farmacológica no tendrá efecto sobre el rendimiento académico de los alumnos.

5. *Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el clima escolar de los niños con TDAH.*

En relación al quinto objetivo, hipotetizamos que tras la implementación de la intervención farmacológica, no se obtendrán mejoras significativas en el clima escolar de los niños con TDAH.

Intervención combinada

6. *Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH.*

De acuerdo con este sexto objetivo, hipotetizamos que, tras la intervención combinada, los profesores aumentarán de forma significativa su nivel de conocimientos sobre el TDAH, al tiempo que disminuirán sus concepciones erróneas y lagunas.

7. *Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros.*

En relación con este séptimo objetivo, se hipotetiza que el grupo de maestros que ha participado en la intervención combinada verá aumentada de forma significativa su autoeficacia.

8. *Analizar los efectos de una intervención combinada sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar.*

Para este octavo objetivo se hipotetiza que la intervención de tipo combinada tendrá un efecto positivo en la disminución de la sintomatología de TDAH manifestada por sus alumnos.

9. *Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH.*

Para el noveno objetivo hipotetizamos que la intervención combinada tendrá efecto positivo sobre el rendimiento académico de los alumnos.

10. *Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el clima escolar de los niños con TDAH.*

En relación al décimo objetivo, hipotetizamos que tras la implementación de la intervención combinada, se obtendrán mejoras significativas en el clima escolar de los niños con TDAH.

Comparación de intervenciones

11. *Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH.*

De acuerdo con este undécimo objetivo, hipotetizamos que la intervención de tipo combinada aumentará significativamente el nivel de conocimientos sobre el TDAH y disminuirá las lagunas y concepciones erróneas en comparación con la de tipo farmacológica.

12. *Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros.*

En relación con este duodécimo objetivo, se hipotetiza que el grupo de maestros que ha participado en la intervención combinada verá aumentada su autoeficacia en mayor medida que el grupo de intervención farmacológica.

13. *Comparar el efecto diferencial una intervención farmacológica versus una combinada sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar.*

Para este decimotercer objetivo se hipotetiza que la intervención de tipo combinada logrará una disminución de la sintomatología de TDAH equivalente a la lograda por la intervención farmacológica.

14. *Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH.*

En relación al objetivo decimocuarto hipotetizamos que la intervención de tipo combinada favorecerá una mejora en el rendimiento académico mayor que la intervención farmacológica.

15. *Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima escolar de los niños con TDAH.*

En relación al decimoquinto objetivo, hipotetizamos que la intervención combinada obtendrá una mejora mayor en el clima escolar de los niños con TDAH, en comparación con la intervención farmacológica.

Por otro lado, se describen los objetivos específicos relativos al *contexto familiar*:

Intervención farmacológica

1. *Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el clima familiar de los niños con TDAH.*

Para este primer objetivo se hipotetiza que la intervención de tipo farmacológica no producirá efectos significativos en el clima familiar de los niños con TDAH.

2. *Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.*

Para este segundo objetivo hipotetizamos que la intervención de tipo farmacológico tendrá efectos positivos sobre la sintomatología de TDAH de los niños percibida en el ambiente familiar.

Intervención combinada

3. *Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.*

Para este tercer objetivo se hipotetiza que la intervención de tipo combinada producirá efectos positivos significativos en el clima familiar de los niños con TDAH.

4. *Analizar los efectos de una intervención combinada sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.*

Para este cuarto objetivo hipotetizamos que la intervención combinada tendrá efectos positivos sobre la sintomatología de TDAH de los niños percibida en el ambiente familiar.

Comparación de intervenciones

5. *Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.*

Para este quinto objetivo se hipotetiza que la intervención de tipo combinada tendrá un efecto positivo mayor que el obtenido por la intervención farmacológica.

6. *Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.*

Para este sexto objetivo hipotetizamos que la intervención de tipo farmacológica disminuirá la sintomatología de TDAH de forma equivalente a la intervención combinada.

Cuadro 2. Objetivos de la Investigación

OBJETIVO GENERAL	
Analizar los efectos relativos y diferenciales de una intervención combinada versus un tratamiento farmacológico sobre un grupo de maestros y familias de niños con TDAH.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN EL CONTEXTO ESCOLAR	
INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH. 2. Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros 3. Analizar los efectos de intervención farmacológica sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar. 4. Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH. 5. Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el clima escolar de los niños con TDAH
INTERVENCIÓN COMBINADA	<ol style="list-style-type: none"> 6. Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH. 7. Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros. 8. Analizar los efectos de una intervención combinada sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar. 9. Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH. 10. Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el clima escolar de los niños con TDAH
COMPARACIÓN INTERVENIONES	<ol style="list-style-type: none"> 11. Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH 12. Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros. 13. Comparar el efecto diferencial una intervención farmacológica versus una combinada sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar. 14. Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH. 15. Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima escolar de los niños con TDAH.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS EN EL CONTEXTO FAMILIAR	
FARMACOL.	<p>16. Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el clima familiar de los niños con TDAH.</p> <p>17. Analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.</p>
COMBINA.	<p>18. Analizar los efectos de una intervención combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.</p> <p>19. Analizar los efectos de una intervención combinada sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.</p>
COMPARACIÓN	<p>20. Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH</p> <p>21. Comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.</p>

4.3. Método

4.3.1. Descripción de la muestra

En esta investigación participaron tres muestras relacionadas: un grupo de niños con TDAH, sus familias y sus respectivos profesores.

La mitad de cada muestra recibió un tratamiento de tipo farmacológico y la otra mitad un tratamiento de tipo combinado (tratamiento farmacológico y psicosocial). A continuación describiremos las características sociodemográficas de cada una de ellas.

Muestra de niños

Para la selección de la muestra de niños con TDAH, se contó con la colaboración de los equipos psicopedagógicos de cuatro escuelas de la provincia de Barcelona. El diagnóstico se obtuvo mediante un análisis comprehensivo de la información obtenida en una entrevista evolutiva a la familia, de la trayectoria académica, personal y social de los alumnos, con la administración de cuestionarios de estimación de TDAH a los padres y maestros de los alumnos, mediante pruebas neuropsicológicas de atención e impulsividad junto con las observaciones directas realizadas en el aula.

Los criterios específicos que se adoptaron para determinar la presencia de TDAH fueron los siguientes:

- Una puntuación de seis o más en cada uno de los apartados de inatención-desorganización, y/o hiperactividad-impulsividad del DSM-IV-TR, tanto en el cuestionario cumplimentado por los padres como en el cumplimentado por maestros.
- Los síntomas debían estar presentes antes de los 7 años de edad.
- La duración de los síntomas era superior a un año.
- Los síntomas producían en el niño un deterioro significativo del funcionamiento escolar, familiar, y en las relaciones interpersonales.
- Estos síntomas no se presentaban como consecuencia de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explicaba mejor por la presencia de otro trastorno mental.
- Una puntuación de CI igual o superior a 80 en el test de Raven.

Un total de 20 niños con TDAH participaron en la investigación, cuyas características sociodemográficas aparecen descritas en la tabla 4. La mitad de ellos se asignaron al grupo que recibiría la intervención farmacológica y la otra mitad al grupo que recibiría la intervención de tipo combinada.

La muestra de niños que componía el grupo farmacológico, fue seleccionada de tres escuelas diferentes, todas ellas privadas concertadas de Barcelona, previo consentimiento y compromiso de participación de sus familias y profesores. El grupo estaba compuesto por niños con edades comprendidas entre los 7 y los 9 años (media 7.6 años). Se encontró un claro predominio de varones sobre mujeres (8/2). De acuerdo con los criterios anteriormente descritos, todos ellos tenían un diagnóstico de TDAH del subtipo combinado y no estaban recibiendo ningún tratamiento específico.

La muestra que componía el grupo de tratamiento combinado estaba formada por 10 niños de una misma escuela privada-concertada de la provincia de Barcelona. Los niños tenían edades comprendidas entre los 7 y los 9 años (media 7.8). Se encontró un claro predominio de varones sobre mujeres (9/1). De acuerdo con los criterios anteriormente descritos, todos ellos tenían un diagnóstico de TDAH del subtipo combinado y no estaban recibiendo ningún tratamiento específico.

Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra de niños con TDAH

CARACTERÍSTICAS	GRUPO FARMACOLÓGICO	GRUPO COMBINADO
Edad		
7 años	3 (30%)	3 (30%)
8 años	4 (40%)	4 (40%)
9 años	3 (30%)	3 (30%)
Edad media	7.6	7.8
Sexo		
Niños	8 (80%)	9 (90%)
Niñas	2 (20%)	1 (10%)

Muestra de padres

La muestra de padres se componía por 40 personas, esto es, los 20 padres y las 20 madres de los niños con TDAH descritos anteriormente. La mitad de las parejas formaron la muestra del grupo de farmacológico, y la otra mitad la muestra del grupo combinado, en función del tratamiento que recibían sus hijos. En la tabla 5 pueden observarse las características sociodemográficas de cada uno de los grupos.

La muestra de padres y madres del grupo farmacológico tiene una edad media de 37,5 años y una media de 2,1 hijos por familia. Pertenece a un nivel socioeconómico medio-bajo y sus niveles de estudios son heterogéneos, con un 10% de graduados, un 25% de bachilleres, un 45% de diplomados y un 20% de licenciados. Fueron informados debidamente y aceptaron que tras finalizar la investigación, la escuela recibiría un curso de actualización en el TDAH y las familias varias sesiones de asesoramiento psicoeducativo (condición lista de espera).

Por otro lado, la muestra de padres y madres del grupo combinado tienen una edad media de 39,3 años y una media de 2,5 hijos por familia. Pertenece a un nivel socioeconómico medio-alto y sus niveles de estudios son heterogéneos, con un 20% de graduados, un 40% de bachilleres, un 30% de diplomados y un 10% de licenciados.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra de padres y madres

CARACTERÍSTICAS	GRUPO FARMACOLÓGICO	GRUPO COMBINADO
Edad media	37.5	39.3
Sexo		
hombres	10 (50%)	10 (50%)
mujeres	10 (50%)	10 (50%)
Número de hijos		
Media	2,1	2,5
Nivel de estudios		
Graduado	2 (10%)	4 (20%)
Bachiller	5 (25%)	8 (40%)
Diplomatura	9 (45%)	6 (30%)
Licenciatura	4 (20%)	2 (10%)

Muestra de maestros

Paralelamente, participaron 40 maestros, la mitad de ellos eran profesores del grupo de farmacológico y la otra mitad del grupo combinado. Todos ellos eran maestros de Educación Primaria, siendo 20 de ellos tutores de los niños con TDAH, y el resto eran maestros de alguna de las materias que cursaban estos mismos alumnos.

Tal y como aparece reflejado en la tabla 6, la edad media de los maestros del grupo de farmacológico era de 40,3 años, con un claro predominio de mujeres sobre varones (16/4).

Tabla 6. Características sociodemográficas de la muestra de profesores

CARACTERÍSTICAS	GRUPO FARMACOLÓGICO	GRUPO COMBINADO
Edad media	40,3	38,4
Sexo		
hombres	4 (20%)	7 (35%)
mujeres	16 (80%)	13 (65%)
Experiencia docente (media)	23,5	19.1
Experiencia con alumnos con TDAH	9 (45%)	12 (60%)
Asistencia previa a cursos de especialización de TDAH	0	1 (5%)

Los maestros tenían una media de experiencia docente de 23,5 años y de experiencia con alumnos con TDAH de un 45%. Ninguno de los profesores había asistido previamente a cursos de especialización sobre el TDAH.

Por otro lado, la edad media del grupo combinado era de 38,4 años. También presentaba un claro predominio de mujeres sobre hombres (13/7). Los maestros tenían una media de experiencia docente de 19,1 años y de experiencia con alumnos con TDAH un 60%. Sólo uno de los profesores había asistido previamente a cursos de especialización sobre el TDAH.

4.3.2. Instrumentos de Evaluación

Hemos seleccionado una batería de instrumentos de evaluación en función de su utilidad para la valoración de la consecución de los objetivos que nos planteamos en la investigación.

a) *Adaptación española de la Escala “Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS)”* (Jarque, Miranda y Tárraga, 2007; Sciutto, Terjesen y Bender, 2000., ver anexo 1.1). Es una escala de estimación compuesta por 36 ítems de tres alternativas de respuesta (verdadero, falso y no sé). Los ítems se agrupan en tres subescalas: a) Información general sobre la naturaleza, causas y repercusiones del TDAH (15 ítems); b) Síntomas/Diagnóstico de TDAH (9 ítems); y c) Tratamiento del TDAH (12 ítems).

Diversos estudios con diferentes tipos de muestras han constatado unos adecuados índices de fiabilidad del cuestionario adaptado al castellano (Jarque et al. 2007; Jarque y Tárraga, 2009). Concretamente, se ha hallado un elevado índice de coeficiente alfa de fiabilidad del cuestionario total (0.89), así moderadas y elevadas correlaciones entre las subescalas (rangos $r = 0.62$ a $r = 0.69$; $r = 0.50$ a $r = 0.55$; $r = 0.48$ a $r = 0.63$), y de cada subescala con la puntuación total (rangos $r = 0.79$ a $r = 0.87$; $r = 0.85$ a $r = 0.90$; $r = 0.78$ a $r = 0.87$).

b) *Escala Likert de Evaluación de la Autoeficacia Percibida* (anexo 1.1.). La autoeficacia percibida ha sido definida como “los juicios de cada persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción que le permitan alcanzar el rendimiento deseado...” (Bandura, 1986). Es un factor esencial como motor de nuestro comportamiento. Por ello, en nuestro estudio decidimos evaluarla para saber hasta qué punto los maestros se sentían capaces de enseñar adecuadamente a un niño con TDAH. Para ello los participantes respondieron a

la siguiente pregunta, utilizando una escala Likert de 7 puntos: “¿Hasta qué punto consideras que puedes enseñar de forma efectiva a un niño con TDAH? Contesta teniendo en cuenta que 1 es el extremo inferior (no preparado para enseñar de forma efectiva a un niño con TDAH) y 7 el extremo superior (totalmente preparado).

c) *Escala de Clima Social: Familia y Centro Escolar* de Moos, Moos y Trickett, (adaptación al castellano de Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989). Se trata de unas escalas independientes pero de estructura similar que evalúan las características socio-ambientales y las relaciones personales que se establecen en el entorno familiar y escolar.

Escala de Clima Social en la Familia (FES) (ver anexo 1.2)

Esta escala aprecia las características socio-ambientales de todo tipo de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

Está formada por 90 elementos, agrupados en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales:

- Relaciones
- Desarrollo
- Estabilidad

Relaciones, es la dimensión que evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres subescalas: Cohesión, Expresividad y Conflicto.

- *Cohesión* (CO): grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y se apoyan entre sí. Ejemplo: “*en mi familia hay un fuerte sentimiento de unión*”.
- *Expresividad* (EX): grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos. Ejemplo: “*en mi familia expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo*”

- *Conflicto (CT)*: grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia. Ejemplo: *“en nuestra familia reñimos mucho”*

Desarrollo, evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Esta dimensión comprende las subescalas: Autonomía, Actuación, Intelectual-Cultural, Social-Recreativa y Moralidad-Religiosidad.

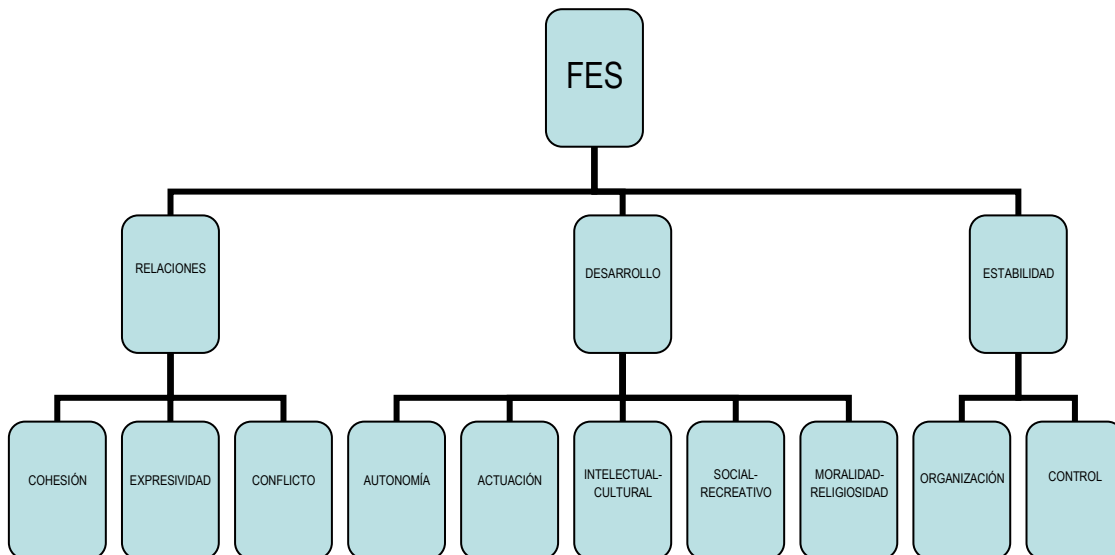
- *Autonomía (AU)*: grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones. Ejemplo: *“en mi familia nos esforzamos mucho por mantener la independencia de cada uno”*
- *Actuación (AC)*: grado en que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitiva. Ejemplo: *“nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor”*
- *Intelectual-Cultural (IC)*: grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales o culturales. Ejemplo: *“a menudo hablamos de temas políticos o sociales”*.
- *Social-Recreativa (SR)*: grado de participación en este tipo de actividades. Ejemplo: *“vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.”*
- *Moralidad-Religiosidad (MR)*: importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso. Ejemplo: *“los miembros de mi familia asistimos con regularidad a misa”*

Estabilidad, proporciona una información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. La forman dos subescalas: Organización y Control

- *Organización (OR)*: importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia. Ejemplo: *“en mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona”*.

- *Control (CN)*: grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos. Ejemplo: “*en mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas*”.

Gráfico 1. Escala de Clima Social de la Familia (FES)



Escala de Clima Social en el Centro Escolar (CES) (ver anexo 1.2)

Esta escala evalúa el clima social en el aula, atendiendo especialmente a la medida y descripción de las relaciones alumno-profesor y profesor-alumno y a la estructura organizativa de la clase.

Los principios utilizados en el desarrollo de la escala se derivan básicamente de las aportaciones teóricas de Henry Murray (1938) y de su conceptualización de la presión ambiental. El supuesto básico es que el acuerdo entre los individuos, constituye una media del clima ambiental y que este clima ejerce una influencia directa sobre la conducta.

La escala está formada por 90 elementos agrupados en cuatro grandes dimensiones:

- Relaciones
- Autorrealización
- Estabilidad
- Cambio

Relaciones, evalúa el grado en que los estudiantes están integrados en la clase, se apoyan y ayudan entre sí. Consta de las subescalas de Implicación, Afiliación y Ayuda.

- *Implicación (IM)*: Mide el grado en que los alumnos muestran interés por las actividades de la clase y participan en los coloquios. Ejemplo: *“los alumnos ponen mucho interés en lo que hacen en clase”*
- *Afiliación (AF)*: Nivel de amistad entre los alumnos y cómo se ayudan en sus tareas, se conocen y disfrutan trabajando juntos. Ejemplo: *“en esta clase fácilmente se forman grupos para realizar proyectos o trabajos”*.
- *Ayuda (AY)*: Grado de ayuda y preocupación del profesor por sus alumnos (comunicación abierta, confianza en ellos, interés por sus ideas). Ejemplo: *“el profesor quiere saber qué es lo que les interesa aprender a los alumnos”*

Autorrealización, valora la importancia que se concede en la clase a la realización de tareas y a los temas de las asignaturas. Comprende las subescalas Tareas y Competitividad.

- *Tareas (TA)*: Importancia que se da a la terminación de las tareas programadas. Énfasis que pone el profesor en el temario de la asignatura. Ejemplo: *“A menudo el profesor dedica tiempo de la clase a hablar sobre cosas no relacionadas con el tema”*
- *Competitividad (CO)*: Grado de importancia que se da al esfuerzo por lograr una buena calificación y estima, así como la dificultad para obtenerlas. Ejemplo: *“los alumnos han de trabajar duro para obtener buenas notas”*

Estabilidad, evalúa las actividades relacionadas con el cumplimiento de objetivos: funcionamiento adecuado de la clase, organización, claridad y coherencia en la misma. Integran la dimensión las subescalas Organización, Claridad y Control

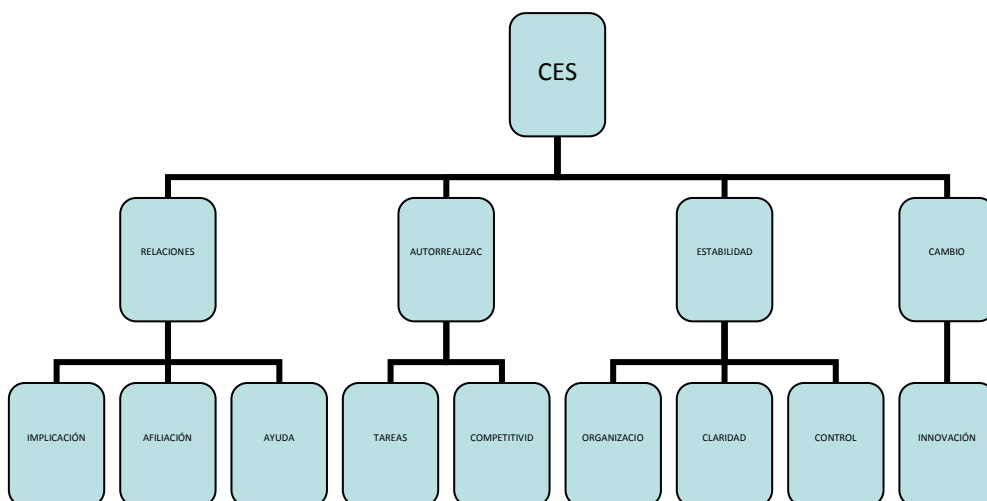
- *Organización (OR)*: Importancia que se da al orden, organización y buenas maneras en la realización de las tareas escolares. Ejemplo: *“los trabajos que se piden son claros y el alumno sabe lo que ha de hacer”*.

- **Claridad (CL):** Importancia que se da al establecimiento y seguimiento de unas normas claras y al conocimiento por parte de los alumnos de las consecuencias de su incumplimiento. Grado en que el profesor es coherente con esa normativa e incumplimientos. Ejemplo: *“el profesor explica durante las primeras semanas las normas sobre lo que los alumnos podrán o no hacer en esta clase”*
- **Control (CN):** Grado en que el profesor es estricto en sus controles sobre el cumplimiento de las normas y en las consecuencias de su incumplimiento. Ejemplo: *“en esta clase los alumnos no siempre han de seguir las normas”*.

Cambio, evalúa el grado en que existen diversidad, novedad y variación razonables en las actividades de clase.

- **Innovación (IN):** grado en que los alumnos contribuyen a planear las actividades escolares y la variedad y cambios que introduce el profesor con nuevas técnicas y estímulos a la creatividad del alumno. Ejemplo: *“en esta clase los alumnos hacen tareas muy diferentes de unos días a otros”*.

Gráfico 2. Escala de Clima Social en el Centro Escolar (CES)



d) *Cuestionario TDAH (Anexo 1.3)*

En el proceso diagnóstico del TDAH es habitual el uso de este cuestionario que recoge los 18 síntomas del DSM-IV-TR (2000) para el TDAH. El enunciado de los ítems es el mismo que en el DSM-IV-TR, con la excepción de que el término “a menudo” se ha omitido. En cambio se ha introducido una valoración tipo Likert entre 0 (nunca) y 3 (casi siempre). Los primeros nueve ítems del cuestionario son síntomas de desatención y los 9 ítems siguientes son los síntomas de hiperactividad-impulsividad. En efecto, Amador, Forns, Guàrdia y Però (2005), mediante análisis factoriales confirmatorios, han encontrado que los 18 síntomas de TDAH se agrupan en dos factores: desatención e hiperactividad-impulsividad; asimismo, han hallado que la fiabilidad de los dos factores y del Cuestionario, medida con el coeficiente alfa de Cronbach, es alta (coeficientes entre 0.948 y 0.957).

Para cada ítem los padres y maestros seleccionaron la respuesta que mejor se ajustaba a la conducta que valoraban. Para recibir el diagnóstico de TDAH, tanto los padres como los maestros han debido señalar con esta puntuación al menos 6 de los 9 síntomas de desatención y/o al menos 6 de hiperactividad-impulsividad.

e) *Calificaciones obtenidas por los niños con TDAH en las asignaturas instrumentales (matemáticas, castellano, catalán e inglés)*

Los tutores nos proporcionaron las calificaciones que los niños con TDAH habían obtenido en el primer y tercer trimestre del curso académico durante el que se realizó la investigación. Las calificaciones posibles eran: sobresaliente (9), notable (7), bien (6), suficiente (5) o insuficiente (4).

4.3.3. Procedimiento

La presente investigación se realizó a lo largo de dos cursos escolares. El primero de ellos se destinó a la búsqueda y selección de la muestra de padres y maestros que tuvieran un niño diagnosticado o con sospecha de TDAH y motivación para la participación en el proyecto. Durante el segundo curso escolar se realizó la implementación de las intervenciones, farmacológica y combinada en las familias y maestros de los alumnos con TDAH seleccionados.

Primera parte del Proyecto. Búsqueda de escuelas, selección de la muestra y motivación para participar en la investigación

Teniendo en cuenta el grado de implicación y compromiso a largo plazo (2 cursos académicos) que se les solicitaba a los padres y a los maestros que participarían en el proyecto, esta primera parte de la investigación la consideramos fundamental. De su buena implementación dependería la adhesión al tratamiento de sus participantes y como consecuencia de ello la posibilidad de extraer conclusiones sobre el posible beneficio de nuestra intervención psicosocial en el contexto familiar y escolar.

La selección de la muestra del *grupo farmacológico* se realizó de varias escuelas concertadas privadas de Barcelona gracias a la colaboración de sus departamentos psicopedagógicos. Las familias y los profesores de 10 niños diagnosticados con TDAH cumplieron los instrumentos de evaluación en dos momentos distanciados en el tiempo, esto es, al inicio del curso escolar y al finalizarlo. Asimismo, los profesores proporcionaron los resultados académicos obtenidos por los niños en el primer y tercer trimestre del curso.

Las familias aceptaron formar parte del grupo de intervención farmacológico y se comprometieron a no iniciar otro tratamiento diferente al que fuera prescrito por su pediatra a inicio del curso que se realizaba la investigación, o en su caso, informarlo para tenerlo en cuenta en la valoración de los resultados. Por cuestiones éticas y para favorecer la participación y mantenimiento del compromiso de las familias del grupo farmacológico, se les ofreció un curso de actualización en el TDAH a las escuelas y varias sesiones de asesoramiento psicoeducativo a cada una de las familias al finalizar la investigación (condición de lista de espera).

La selección de la muestra del *grupo combinado* se realizó en un único centro escolar que reunía una serie de características que favorecían la implementación del tipo de intervención que se quería llevar a cabo:

- Un alto grado de motivación en profundizar en el conocimiento sobre el TDAH.
- Familias y maestros con disponibilidad y motivación para colaborar en la investigación.

- Elevado número de alumnos diagnosticados con TDAH o en proceso de diagnóstico.
- Alto grado de colaboración por parte de los Servicios de Orientación Psicopedagógica del colegio.
- Disponibilidad de espacios en la escuela para poder realizar los encuentros grupales con las familias y con los maestros.

Planteamos el proyecto al equipo directivo y mostraron una buena predisposición para implicarse y colaborar en él durante los dos cursos académicos necesarios para implementar el programa de intervención.

A lo largo del primer año, realizamos reuniones mensuales con el departamento psicopedagógico de la escuela que facilitaron enormemente la selección de la muestra y aportaron ideas al proyecto.

La escuela disponía de cuatro líneas educativas, lo cual facilitó en gran medida la búsqueda y selección de la muestra adecuada para el estudio dado el alto número de alumnos con el que contábamos. De un total de 612 niños que estudiaban Educación Primaria, 6 niños ya estaban diagnosticados con TDAH. Del resto de alumnos, se estudiaron más exhaustivamente a 6 alumnos seleccionados por sus tutores por presentar dificultades atencionales o de conducta significativos y sobre los que ya había sospechas de presentar algún trastorno de conducta.

El equipo psicopedagógico de la escuela inició el proceso de evaluación psicopedagógica de estos 6 alumnos con sospecha de padecer TDAH con las siguientes acciones:

- Entrevista evolutiva a la familia,
- Análisis de la trayectoria académica, personal y social de los alumnos,
- Administración de cuestionarios de estimación de TDAH a los padres y maestros de los alumnos
- Evaluación neuropsicológica.
- Observaciones directas en el aula de los alumnos durante el primer trimestre del curso.

Posteriormente, se realizó un análisis comprehensivo de la información obtenida durante el proceso de evaluación psicopedagógico seguido y se seleccionaron a 4 de ellos; el resto fue rechazado por presentar otras patologías

añadidas (posible trastorno generalizado del desarrollo). A las familias de estos alumnos se les aconsejó que acudieran al pediatra del niño para que continuaran con el proceso de valoración diagnóstica iniciado desde la escuela. Durante el curso los cuatro alumnos recibieron el diagnóstico de TDAH.

Terminado el proceso de selección de la muestra de los niños con TDAH, las psicólogas del colegio se entrevistaron individualmente con todas las familias para informarles y motivarles sobre el proyecto de investigación al que se les proponía participar. Concretamente, se les informó que habían sido seleccionados para formar parte de un grupo de padres y madres que, en paralelo a los maestros de sus hijos, recibirían durante todo un curso escolar una intervención psicosocial para el tratamiento del TDAH. La periodicidad de las sesiones sería mensual, facilitando así la probabilidad de adherencia al tratamiento y la posibilidad de ir incorporando y revisando a lo largo del curso los conocimientos y estrategias compartidas en el grupo. Se les comentaron brevemente los compromisos que debían adquirir como consecuencia de formar parte de una investigación así como la confidencialidad que se daría a los datos extraídos en la intervención.

Segunda parte del Proyecto. Implementación de la intervención farmacológica y de los programas de intervención en paralelo para padres y maestros del grupo combinado

Al inicio del curso siguiente, los niños del grupo farmacológico iniciaron la intervención prescrita por sus pediatras, y las familias y los maestros en paralelo, la intervención grupal psicoeducativa sobre TDAH. Su duración se extendió durante todo el curso escolar, respetando los periodos vacacionales de los alumnos.

A continuación se describen detalladamente los programas de intervención implementados para los niños, las familias y los profesores.

4.4. Programas de Intervención

Los programas de intervención utilizados en este estudio se diseñaron en base por un lado, al análisis pormenorizado de múltiples investigaciones que han utilizado diversas metodologías y procedimientos que han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH y por otro a la experiencia clínica y

educativa de la doctoranda en el acompañamiento a niños con dificultades junto a sus familias y profesores.

En primer lugar, describiremos la intervención farmacológica que fue implementada en todos los niños por sus respectivos pediatras. A continuación la intervención psicosocial para los maestros y las familias de los niños con TDAH implementadas por la doctoranda.

Tal y como muestra el cuadro 3, la implementación de los programas para padres y maestros se realizó simultáneamente o en paralelo a lo largo de un curso escolar, con una periodicidad quincenal para el programa de maestros y mensual para el de padres.

Cuadro 3. Distribución cronológica de los núcleos de intervención desarrollados con los padres y con los profesores.

Mes	Sesión	PADRES	Sesión	PROFESORES
Septiembre	0	Presentación y organización.	0	Seminario TDAH a todo el claustro.
Octubre	1	ME PRESENTO: Mi hijo y yo	1	MEPRESENTO: Mi alumno y yo.
Noviembre	2	LE CONOZCO Y COMPRENDO: conocimientos sobre TDAH	2	LE CONOZCO Y COMPRENDO conocimientos sobre TDAH
			3	
			4	
Diciembre	3	El TDAH en LA ESCUELA: Dificultades para aprender y relacionarse	5	QUÉ SE PUEDE HACER
			6	YO LE VALORO...EN POSITIVO ÉL SE AUTOVALORA Y REFUERZA
Enero	4	El TDAH en MI FAMILIA: Implicaciones emocionales	7	
			8	
Febrero	5		9	LE ORGANIZO... se organiza y atiende.
			10	
Marzo	6	El TDAH en MI FAMILIA: Implicaciones educativas	11	ADAPTO el aula y actividades de E/A
			12	
Abril	7	MEJORO MI COMUNICACIÓN	13	CONSTRIMOS PUENTES
			14	
Mayo	8	AUMENTO MI AUTOCONTROL	15	FAVOREZCO MI AUTOCONTROL
			16	
junio	9	DESPEDIDA: qué me llevo del grupo	17	DESPEDIDA: qué me llevo del grupo.

El programa preparado para los maestros fue reconocido como un curso de 30 horas de formación continuada por la escuela, de forma que al finalizarlo los maestros recibían un diploma de asistencia y aprovechamiento del curso. Este hecho, junto que el lugar de los encuentros era en la propia escuela al finalizar la jornada, favoreció en gran medida la asistencia y participación de los maestros.

Sin embargo, la periodicidad del programa para padres y madres se configuró mensualmente, teniendo en cuenta que el programa se extendía durante el todo el curso escolar, y que se comprometían a asistir tanto el padre como la madre. Esta periodicidad podía ser asumida por todas las familias y nos garantizábamos así una mayor adherencia al tratamiento.

Se pretendió que, guardando la confidencialidad necesaria, tanto padres como profesores conocieran en cada momento lo que se estaba trabajando en cada uno de sus grupos, de forma que se favoreciera la comunicación y colaboración en la aplicación de las diferentes técnicas explicadas en los respectivos grupos. Así, el conocimiento mutuo de que se reunían compartiendo una misma motivación y objetivo, fue otro de los posibles motivos del elevado grado de participación e implicación de los grupos, como se describirá a continuación.

4.4.1. Intervención Farmacológica

Los niños del grupo farmacológico iniciaron el tratamiento prescrito por sus pediatras a inicio de curso. Concretamente, 3 de ellos (30%) recibieron metilfenidato de liberación rápida (Rubifen ®), en dosis diarias de 5 mg cada una antes de desayunar y de comer; 7 de los niños (70%) recibieron metilfenidato de liberación retardada (Concerta ®) en una única dosis diaria de 18 mg por la mañana. Los fines de semana no recibían tratamiento farmacológico.

Los niños del grupo combinado iniciaron también el tratamiento farmacológico a inicio de curso siguiendo las orientaciones de sus pediatras. Concretamente, 4 de ellos (40%) fueron tratados con medicación psicoestimulante de liberación rápida (Rubifen ®) y 6 de ellos (60%) metilfenidato de liberación retardada (Concerta ®). Al igual que el grupo farmacológico, los fines de semana no recibían tratamiento farmacológico.

4.4.2. Programa de Intervención para Maestros de niños con TDAH

El Programa de intervención grupal para maestros es una adaptación de anteriores programas de la misma temática (Miranda y cols., 1999; Miranda, Jarque y Rosel, 2006), de material creado por la Fundación Adana (Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2006) y de otros materiales elaborados por la doctoranda a lo largo de su experiencia profesional (ver anexo 2).

Este programa se desarrolla a lo largo del curso académico, durante 17 sesiones de dos horas de duración cada una de ellas, con una periodicidad quincenal. El horario se ajusta a las preferencias de los maestros (17.30), y el lugar de encuentro es un aula de la misma escuela donde todos ellos trabajan. Estas condiciones favorecieron en gran medida la asistencia de los participantes (98%).

La intervención se plantea a largo plazo porque el objetivo no es una mera transmisión de conocimientos sobre TDAH de forma intensiva, sino una intervención prolongada que cubra todo el curso, de forma que se pueda proporcionar a los maestros un asesoramiento práctico y en paralelo a las circunstancias que vayan apareciendo en el aula.

De esta forma, el profesorado puede ir implementando los conocimientos y experiencias compartidas durante las sesiones grupales en su aula. Asimismo, pueden ser revisadas posteriormente con el grupo las dificultades, imprevistos y mejoras que hubieran tenido lugar. En este sentido, el grupo de profesores desempeña un papel esencial, no sólo en la revisión de los conocimientos sobre sus alumnos con TDAH, sino también como grupo de apoyo.

De lo anterior se deduce que los beneficios que pretendemos obtener con la intervención no son sólo de tipo conceptual y procedimental, sino también de carácter emocional y actitudinal. Así, en la medida en que los profesores pueden explicar sus experiencias educativas sobre las dificultades experimentadas con sus alumnos con TDAH en el aula, se van intercalando orientaciones teórico-prácticas, tanto por parte del conductor del grupo, como por parte del mismo grupo de iguales.

Tal y como se puede observar en el cuadro 4, el programa se divide en 7 bloques temáticos con diferentes objetivos y tareas específicas en cada uno de ellos.

Cuadro 4. Estructuración y desarrollo del programa de profesores

Sesiones	Temática	Objetivos	Contenidos/Tareas
0	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar la investigación y a la investigadora principal • Motivar al claustro para participar en la investigación • Aumentar conocimientos TDAH • Deshacer mitos, disminuir lagunas y errores sobre TDAH 	<ul style="list-style-type: none"> • Seminario TDAH al claustro de la escuela • Cumplimentación cuestionarios • Entrega de calendario de sesiones.
1ª	Conocimientos TDAH	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar conocimientos en TDAH en los profesores • Disminuir lagunas y errores sobre TDAH • Compartir dificultades en el manejo diario de alumnos con TDAH • Crecer en autoconfianza • Crecer en respeto mutuo 	<ul style="list-style-type: none"> • Lectura: “yo nací con una discapacidad invisible” • El profesor presenta a su alumno con TDAH con los retos que le plantea. • La conductora relaciona de las características que los profesores describen de sus alumnos con lo que señala la teoría actual sobre el TDAH : síntomas centrales, problemas asociados, etiología, curso evolutivo, pronóstico • Recomendación mutua de bibliografía útil.
2ª			
3ª			
4ª			
5ª	Modalidades de intervención en TDAH	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir sus conocimientos previos sobre tratamiento • Aumentar sus conocimientos sobre tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • El profesor comenta el tipo de tratamiento que recibe su alumno y si conoce la existencia de otros. • La conductora apunta, aclara, amplía conocimientos sobre tratamiento (farmacológico, psicológico, pedagógico)
6ª	Estrategias para mejorar el comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a prestar atención a la conducta positiva. • Descubrir las virtudes y fortalezas de sus alumnos. • Hacer uso del lenguaje que favorece la autoestima • Saber seleccionar y definir objetivos de trabajo con el niño • Conocer formas para motivar positivamente un cambio de conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega del dossier sobre autoestima • Visualización de un powerpoint • Lectura: carta de un niño con TDAH a su profesora • La conductora incentiva que sea una sesión centrada en destacar los aspectos positivos de los alumnos
7ª			<ul style="list-style-type: none"> • Práctica: cómo concretar objetivos en positivo • Practica: confecciono una economía de fichas para mi alumno • Practica: diseño un contrato de contingencias para mi alumno
8ª			<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en la aplicación de técnicas • Practica: elaboro una autoevaluación reforzada para mi alumno/grupo clase.
9ª	Estrategias de manejo instruccional	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir estrategias para favorecer la atención y disminuir la hiperactividad/impulsividad • Conocer adaptaciones que favorezcan la organización y la atención. • Crear formas para aumentar la atención centrada en la tarea • 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en la aplicación de las técnicas • Entrega del dossier orientaciones de manejo instruccional • Exposición/Debate • Cada profesor selecciona del dossier las estrategias que implementará en su aula.
10ª			<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en la aplicación de técnicas • Practica: diseño una ficha para Autoobservación de la atención • Practica: en subgrupos construimos un decálogo para aumentar la atención en el aula y durante los exámenes. • Puesta en común y confección de decálogo conjunto

11 ^a	Estrategias para adaptar las actividades de E/A	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir conocimientos sobre adaptaciones curriculares eficaces para niños con TDAH • Aplicar las autoinstrucciones a la comprensión de instrucciones escritas • Aplicar las autoinstrucciones a las matemáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en la aplicación de técnicas • Practica: aplico las autoinstrucciones para mejorar la lectura y comprensión escrita.
12 ^a			<ul style="list-style-type: none"> • Practica: aplico las autoinstrucciones para mejorar la resolución de problemas matemáticos
13 ^a	Estrategias para aumentar el autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer técnicas de respiración y relajación para el profesor • Conocer técnicas de relajación para los alumnos 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en la aplicación de técnicas • Exposición powerpoint autocontrol • Práctica: técnicas de respiración y relajación para el maestro.
14 ^a		<ul style="list-style-type: none"> • Conocer estrategias para disminuir o eliminar conductas negativas: desobediencia y agresividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en la aplicación de técnicas • Entrega del dossier TDAH y P. conducta • Práctica: role-playing situación desobediencia y agresividad.
15 ^a	Habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer formas de comunicación asertiva vs pasiva o agresiva • Favorecer el uso de mensajes YO • Favorecer la escucha activa 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en la aplicación de técnicas • Visualización powerpoint • Práctica: role-playing empatía y asertividad • Practica: ejercicio mensajes YO
16 ^a		<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la empatía con la familia • Construir una alianza de trabajo con los padres • Mejorar la comunicación con la familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento en la aplicación de técnicas • Entrega de dossier: guía para entrevistas con padres • Compartir estrategias de manejo de entrevistas difíciles • Practica: role-playing agresividad, culpabilidad, huída, negación
17 ^a	Recapitulación	<ul style="list-style-type: none"> • Despedirse del grupo de trabajo • Favorecer la autoconfianza del profesor 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición/debate: qué nos llevamos del grupo. • Se motiva un diálogo para que los profesores destaquen lo aprendido y las mejoras observadas en sus alumnos y grupo clase. • Despedida. • Cumplimentación de cuestionarios

En cuanto a los contenidos específicos de las sesiones de formación y dinámica de grupos, se abordarán los ocho bloques temáticos que se describen a continuación.

Sesión 0: “Presentación de la investigación. Ponencia inaugural”

Parte de la motivación inicial que encontramos en la escuela se debió a que acordamos con la dirección de la escuela que se realizaría una conferencia de actualización sobre el TDAH a la que podrían asistir todos los profesores del claustro. A través de una conferencia se fueron repasando contenidos relevantes como la naturaleza del trastorno, su curso evolutivo, la etiología y pronóstico, los problemas y trastornos asociados así como las modalidades de intervención que se han mostrado más eficaces para el TDAH.

Para el grupo de maestros que participaba en la investigación, constituía la primera sesión de intervención grupal y para el resto, una charla de formación ante posibles casos futuros de niños con estos problemas.

Antes de la conferencia, a los maestros seleccionados para la investigación (los tutores de los alumnos seleccionados con TDAH y otros de sus maestros de primaria), se les pidió que cumplimentaran la Escala de Conocimientos sobre el TDAH (KADSS, Jarque, Miranda y Tárraga, 2007), para poder ser reevaluados tras la implementación del programa de intervención y la Escala de Clima Escolar (CES, Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989). El resto de escalas o cuestionarios ya habían sido administrados durante el proceso de selección de las muestras. Además se les entregó un calendario con las fechas de las diferentes sesiones que tendrían lugar a lo largo del curso.

Bloque I. “Conocimientos generales sobre TDAH: actualización”

Las cuatro primeras sesiones del programa tuvieron como objetivo aumentar el nivel de conocimientos sobre TDAH de los maestros, así como disminuir sus lagunas y errores. Comenzó la primera sesión con la lectura de “yo nací con una discapacidad invisible” (anexo 2.1.) y a continuación cada maestro presentó al alumno con TDAH de su grupo, con las dificultades que presentaba y los retos que le planteaba.

La conductora relacionó de forma dinámica las características que los profesores describían de sus alumnos con lo que señala la teoría actual sobre el TDAH: síntomas centrales, problemas asociados, etiología, curso evolutivo, pronóstico.

En la medida que los maestros iban compartiendo sus propias limitaciones en el manejo de sus alumnos, iban creciendo en confianza mutua. La conductora favorecía que se dieran apoyo mutuo, devolviendo al grupo de forma dinámica los interrogantes que los maestros le planteaban a ella como “experta”. En la medida que era necesario, la conductora señalaba, matizaba y ampliaba los conocimientos que compartían los maestros.

La conductora motivó para que en la cuarta sesión los maestros aportaran al grupo la bibliografía relacionada sobre el tema que les hubiera resultado útil.

En la sesión se expuso y debatió acerca de lo que los diferentes manuales aportan sobre el TDAH en el contexto escolar.

Bloque II. “Modalidades de intervención en TDAH”

En la quinta sesión se motivó a los maestros para que compartieran con el grupo sus conocimientos sobre tratamiento para el TDAH. Se favoreció la escucha activa y el intercambio de conocimientos sobre el tema.

La conductora destacó, matizó, aclaró o amplió los conocimientos sobre tratamiento que comentaron entre sí los maestros. Fundamentalmente se expusieron brevemente los diferentes tipos de tratamiento clasificados como farmacológicos, psicológicos y psicopedagógicos.

Se plantó un debate acerca de la conveniencia de la utilización de un tipo u otro de tratamiento.

Bloque III. “Estrategias para mejorar el comportamiento”

Se llevó a cabo en tres sesiones centrándose en las estrategias de manejo conductual para aumentar conductas positivas (Miranda, Amado y Jarque, 1999) y en las técnicas combinadas. Se favoreció que los maestros aprendieran a prestar atención a la conducta positiva de sus alumnos, descubrieran sus virtudes y fortalezas haciendo uso de un lenguaje que favoreciera su autoestima. La conductora incentivó que fueran sesiones centradas en señalar los aspectos positivos de sus alumnos y en el desarrollo de formas positivas para motivarles.

Comenzó la sexta sesión con la lectura del “testimonio de un niño con TDAH a su profesora” (anexo 2.2.) que motivó el debate entre los maestros del grupo sobre la importancia de poseer una adecuada autoestima y cómo favorecerla desde el contexto escolar.

Tras el debate, la conductora apoyada en una presentación preparada específicamente para el tema, así como un dossier que repartió a cada uno de los maestros (ver anexo 2.3), comentó los procedimientos más eficaces para favorecer una buena autoestima en los alumnos.

La séptima sesión se centró en la explicación de las técnicas o estrategias para aumentar conductas positivas en el aula: refuerzo positivo, alabanza social, contacto físico, economía de fichas y contrato de contingencias (ver anexo 2.4). Se

formaron cuatro grupos de trabajo en los que practicaron la concreción de objetivos de cambio de conducta en positivo, claros y operativos para sus alumnos. Posteriormente los grupos expusieron y discutieron los objetivos que habían planteado. A continuación, dos de los grupos diseñaron una economía de fichas y sus reforzadores (ver anexo 2.4.1) mientras que los otros dos grupos crearon un contrato de contingencias con algunos de los objetivos planteados anteriormente (ver anexo 2.5). Al finalizar la sesión, los grupos compartieron su trabajo y la conductora les motivó para que aplicaran las técnicas en su grupo clase, de forma que pudiera supervisarse su aplicación en las próximas sesiones.

La octava sesión comenzó con la realización de un seguimiento de la aplicación de las técnicas empleadas por los profesores con sus alumnos, resolviendo dudas y compartiendo dificultades o mejoras observadas tras su aplicación. A continuación, se introdujo la técnica de la autoevaluación reforzada adaptada de Miranda y cols. (1999), que constituye uno de los núcleos centrales del programa de intervención para los profesores (ver anexo 2.6). Se les explicó que la secuencia de aplicación en el aula seguía las siguientes fases:

1) *Registro de observación conductual del profesor.*

El maestro-tutor confecciona un registro observacional de las conductas del alumno con TDAH que más frecuentemente distorsionan el clima del aula (anexo 2.6). Durante una semana realiza una observación sistemática de las conductas seleccionadas (levantarse del asiento, hablar sin permiso, molestar al compañero, interrumpir, no terminar las tareas, hablar mal a los compañeros...)

2) *Entrevista motivacional con el alumno.*

El maestro-tutor entabla un diálogo con el alumno en el que le hace saber que conoce sus capacidades y dificultades, que comprende el esfuerzo que ha de hacer para controlarse y mantener la atención y que juntos pueden intentar mejorarlo. El objetivo de la conversación es que el alumno sienta que su maestro confía en él y que le puede mostrar formas para mejorar su conducta en clase.

El profesor trata que sea el propio alumno el que verbalice sus dificultades, concretando situaciones cotidianas que le resultan complicadas de

gestionar. A continuación, el profesor le enseña el registro observacional de su conducta y juntos lo analizan. Ante todo, no debe convertirse en un listado de reproches, pues reforzaríamos negativamente su conducta, sino todo lo contrario. El profesor debe transmitirle su interés y ganas de ayudarlo y que ésta es una forma de hacerlo, concretando aquellas conductas o situaciones que le resultan problemáticas y crear juntos las estrategias para tratar de ir disminuyéndolas progresivamente.

A continuación, el profesor motiva al alumno para que sea él mismo el que durante la semana se autoobserve, seleccionando juntos las conductas que con mayor frecuencia le dificultan y distorsionan el clima del aula.

3) *Autoobservación conductual del alumno.*

El alumno durante una semana autobserva las conductas que previamente ha seleccionado con su maestro-tutor (ver anexo 2.7). Al finalizar cada día, mantiene un breve diálogo con él, en el que le muestra el registro que ha realizado clase a clase. El maestro aprovecha para felicitarle por el esfuerzo que está realizando así como para transmitirle confianza en que puede seguir mejorando si se lo propone.

Al finalizar la semana, el alumno entrega al maestro-tutor el registro semanal y éste lo analiza describiendo aquellas conductas que han mejorado y las que no, para posteriormente entablar un diálogo con el alumno sobre los resultados de la semana y en función de éstos seleccionar aquellas conductas que hay que seguir trabajando.

4) *Autoevaluación reforzada.*

El profesor confecciona una ficha en la que aparecen las conductas problema que han seleccionado junto al alumno así como las conductas positivas contrarias a éstas. Al final de la ficha el alumno también debe hacer una valoración global de su conducta (me he portado muy bien, bien, regular, mal).

El maestro tutor explica al resto de profesores del alumno la estrategia que está utilizando con él para así implicarles y poder generalizar el procedimiento con el resto de profesores durante toda la jornada escolar.

Al finalizar cada clase el alumno realiza un ejercicio de autoevaluación de su conducta, cumplimenta el registro y se acerca a la mesa del profesor que haya en ese momento para comentarlo brevemente con él. El profesor le comenta si está de acuerdo con su valoración ya sea positiva o negativa. Es fundamental que se alabe al alumno, sobre todo al comienzo de aplicación de la técnica, el esfuerzo que hace por autoobservarse y autoevaluarse especialmente si ha sido consciente de una mala conducta y la ha señalado. En caso contrario, si el profesor no está de acuerdo con la autoevaluación que ha realizado el alumno pues se ha autoevaluado más positivamente de lo debido, el profesor corrige el registro y hace ver al alumno por qué no está de acuerdo con él, concretando claramente las situaciones o conductas que han ocurrido durante la clase para que el alumno pueda ser más consciente y mejorar sus autoevaluaciones posteriores. Finalmente, ambos firman el registro y el alumno prosigue con el procedimiento al finalizar cada una de las clases del día. Al finalizar la jornada lleva a casa la ficha de autoevaluación reforzada para que sus padres también le valoren y refuercen el esfuerzo que está realizando. En función de la mejora experimentada, a lo largo del curso, el tutor junto al alumno eliminan y cambian unas conductas por otras conductas a mejorar.

5) *Autoevaluación reforzada cole-casa.*

Es una combinación de la autoevaluación reforzada en el aula con un contrato de contingencias del alumno con sus padres (ver anexo 2.8). El objetivo es que se produzca una mejora conductual en el aula con la participación activa de la familia para motivar el esfuerzo continuado del alumno.

Bloque IV. “Estrategias de manejo instruccional”

A lo largo de dos sesiones se compartieron estrategias sobre cómo realizar adaptaciones físicas, metodológicas, organizativas y curriculares para los alumnos con TDAH en el aula, que favorecieran su organización y atención y disminuyan la hiperactividad/impulsividad en el aula.

En la sesión novena se entregó el dossier de estrategias de manejo instruccional (ver anexo 2.9) y se debatió en el grupo. Se motivó a los profesores para que seleccionasen algunas de las estrategias (disposición física del aula,

presentación de las explicaciones, planteamiento de las actividades, realización de trabajos y exámenes y organización de la clase) y que las aplicasen en su grupo clase.

En la décima sesión se pidió a los profesores que compartieran sus experiencias en la aplicación de las técnicas de manejo instruccional. Se les mostraron ejemplos prácticos de auto-observación de la atención en clase (ver anexo 2.10). A continuación, se dividió al grupo en cuatro subgrupos para que elaborasen un decálogo para mejorar la atención en clase y durante los exámenes. Posteriormente los grupos compartieron sus decálogos y entre todos se elaboró uno conjunto (ver anexo 2.11).

Bloque V. “Adaptaciones en las actividades de Enseñanza-Aprendizaje”

Tras el seguimiento de la aplicación de las estrategias de manejo instruccional, durante dos sesiones se motivó al grupo para que compartiera sus conocimientos sobre las adaptaciones curriculares eficaces para niños con TDAH. Concretamente se expusieron y debatieron algunas adaptaciones relacionadas con el área de lengua y matemáticas. Perseguían el objetivo de facilitar la la automatización (identificación de palabras, cálculo mental, etc.) y el desarrollo de procesos superiores (comprensión lectora, resolución de problemas, etc.) mediante la práctica. Se destaca la necesidad de utilizar determinadas estrategias instruccionales para la comprensión de instrucciones escritas (adaptadas de Orjales, 2003):

- 1) STOP! Miro y digo todo lo que veo
- 2) LEO y PARAFRASEO: leo la instrucción y la trato de repetir con mis propias palabras
- 3) RELEO y PARO cada vez que se me indica una acción a realizar dibujando una barra.
- 4) SUBRAYO la acción y las palabras clave.
- 5) TRABAJO CON ATENCIÓN: Realizo la acción que se me pide.
- 6) AUTOEVALUACIÓN: Repaso... ¿Cómo me ha salido? ¡Bien! Por haber seguido los pasos atentamente. ¡Mal! Por haber ido demasiado rápido sin prestar atención a los pasos.
- 7) AUTOREFUERZO: ¡Me felicito!

En la siguiente sesión el grupo compartió las dificultades o beneficios que se habían dado en sus grupos tras la aplicación de la técnica autoinstruccional. A continuación se motivó al grupo para que elaborase autoinstrucciones que ayudaran a sus alumnos en la resolución de problemas de matemáticas de forma adecuada. Se propuso la siguiente secuencia autoinstruccional (ver anexo 2.12):

- 1) Leo el problema
- 2) Lo cuento con mis propias palabras
- 3) Redondeo las cifras y subrayo las palabras importantes
- 4) Escribo qué me dan y qué me piden
- 5) Dibujo el problema
- 6) ¡Párate y piensa! Hago la operación y ¡¡repaso!!

Bloque VI. “Estrategias para aumentar el autocontrol”

Tras el seguimiento de la aplicación de las técnicas autoinstruccionales, el séptimo bloque de contenidos se realizó en dos sesiones, dedicándose a profundizar sobre el autocontrol del profesor, su comprensión y técnicas que lo favorecieran en situaciones concretas de desobediencia, desafío y agresividad del alumno.

La decimo tercera sesión comenzó con la exposición/debate sobre las características esenciales que creen que debe tener un profesor para trabajar con alumnos con TDAH. Se destacaron entre otras características su capacidad de autocontrol. Normalmente, los profesores se centran en las dificultades de sus alumnos en este sentido y paradójicamente la conductora trató de que profundizaran en sus propias capacidades y dificultades ante determinadas situaciones de desafío y agresividad que les plantean sus alumnos con TDAH. Se planteó que para mejorar el manejo de un alumno con TDAH, el profesor debe ser capaz de mejorar su capacidad de autocontrol. Se trató de descentrar todos los problemas en el niño, para hacerlo en destacar las habilidades o capacidades que son necesarias en un buen profesor para poder hacerse cargo de este tipo de alumnos (ver anexo 2.13).

Se proyectó una presentación preparada para profundizar en el tema, en la que se intercaló información teórica con dinámicas que favorecieron la participación e implicación personal de los profesores. Se les expuso una forma

sencilla de realizar un análisis funcional de las conductas-problema que se plantean habitualmente en el aula (ver anexo 2.14), que les permitiera identificar las situaciones problema y las relaciones causales que se establecen con sus desencadenantes y las variables de mantenimiento. En pequeños grupos analizaron las situaciones problema que habitualmente viven en sus aulas y se esforzaron por reconocer los propios sentimientos y emociones éstas les generan. Posteriormente se explicaron estrategias útiles para favorecer el autocontrol en situaciones conflictivas como el auto time-out, la respiración profunda y la relajación.

La decimo cuarta sesión comenzó con el seguimiento de la aplicación de las técnicas de autocontrol explicadas en la sesión anterior y a continuación se enlazó con la exposición mediante una presentación visual de otras estrategias útiles cuando las técnicas positivas no resultan suficientes para disminuir o eliminar las conductas negativas de sus alumnos. Concretamente, se comentaron y debatieron las técnicas siguientes: costo de respuesta, extinción, tiempo-fuera y negociación.

Bloque VII. “Habilidades de comunicación”

Tras el seguimiento de la aplicación de las técnicas para disminuir conductas negativas en el aula, el último bloque de contenidos se realizó en dos sesiones, dedicándose a profundizar sobre la importancia de las habilidades comunicativas del profesor en su trabajo con los alumnos y con sus familias.

La sesión decimo quinta se apoyó en el visionado de una presentación que abordó algunas estrategias de comunicación que pueden resultar útiles en el contexto escolar (ver anexo 2.15). Concretamente, se desarrollaron los tipos de comunicación pasiva, agresiva y asertiva, favoreciendo que los profesores las comprendieran mediante la realización de un role-playing de cada una de ellas. Se continuó debatiendo sobre la importancia de saber escuchar de forma activa, de saber dar órdenes asertivas y de saber expresar mediante mensajes “yo” nuestros sentimientos negativos sin herir ni culpabilizar al alumno. Se practicó cómo pasar mensajes “tú” a mensajes “yo” con la siguiente secuencia:

- Yo me siento...
- Cuando tú haces...
- Porque...

En la decimo sexta sesión, tras realizar el seguimiento de la implementación de las estrategias comunicativas explicadas en la anterior sesión, se inició un diálogo sobre las entrevistas con los padres de los niños con TDAH que favoreciera el intercambio de emociones, principalmente negativas, que se producen habitualmente ante este encuentro. La conductora trató de que los profesores empatizaran con los padres para que pudieran establecer un vínculo positivo que les ayudara a trabajar en equipo con sus hijos.

Se les entregó un dossier en el que de forma resumida se presentaban las cuatro reacciones más habituales de las familias ante una entrevista con el tutor (agresividad, culpabilidad, huida, negación) y las estrategias adecuadas para mantener una buena comunicación que cree puentes entre la escuela y la familia del niño con TDAH (ver anexo 2.16).

Bloque VIII. “Despedida. Recapitulación”

Este bloque se desarrolló a lo largo de una sesión. A través de la pregunta: ¿Qué te llevas del grupo?, se les invitó a que personalmente reflexionasen a cerca de lo que habían aprendido en el grupo y con el grupo. Se reflexionó sobre lo que el grupo había construido en relación a su nivel de confianza personal, en autoestima, en esperanza, en estrategias prácticas de manejo conductual y psicopedagógico, en comprensión y aceptación de sí mismos y de sus alumnos...

Se destacó la necesidad de seguir aplicando las técnicas y estrategias aprendidas con sus alumnos con TDAH en sus aulas. Se señaló y agradeció la participación activa que mostraron a lo largo del curso y el alto nivel de implicación y confianza creado por el grupo.

Finalmente, se entregó a los profesores los cuestionarios para su cumplimentación y posterior análisis.

4.4.3. Programa de Intervención para padres y madres de niños con TDAH

El programa de intervención grupal para padres y madres de niños con TDAH también es una adaptación de anteriores programas de la misma temática (Barkley, 1997; Miranda y cols., 2008), de material elaborado por la Fundación Adana (Mena, Nicolau, Salat, Tort y Romero, 2006) y de otros materiales elaborados por la doctoranda a lo largo de la experiencia profesional (anexo 3).

Este programa se desarrolló a lo largo de un curso académico, durante nueve encuentros de dos horas de duración, con una periodicidad mensual. El horario se ajustó a las preferencias de los padres y madres (20.00 h.), para tratar de conciliar todo lo posible la intervención con sus horarios laborales y familiares. El encuentro se realizó en un aula de la escuela de sus hijos, muy próxima a sus respectivos domicilios. Todas estas condiciones, es decir, el horario y lugar así como la periodicidad de los encuentros, favorecieron enormemente la asistencia de los participantes (97%).

La intervención se planteó a largo plazo, durante todo un curso escolar, y mensualmente por dos motivos. Por un lado, porque teniendo en cuenta que estamos interviniendo sobre el funcionamiento de niños y en su contexto natural, éste varía enormemente de un periodo del curso a otro. Los niños y sus familias presentan problemas diferentes en función del momento personal y escolar en el que se encuentren, siendo muy diferentes las situaciones difíciles que se dan a principio de curso, a las que suceden después de recibir las primeras notas, o tras la entrevista con el tutor...

Por otro lado, si nuestro principal objetivo es lograr cambiar el funcionamiento familiar de los padres y madres de estos niños con TDAH, es necesario que haya tiempo suficiente para asimilar, poner en práctica, revisar, cuestionar, automatizar... las orientaciones y estrategias que se proponen y comparten en la intervención. De esta forma, los padres y madres pueden ir planteando en el grupo las diversas situaciones problemáticas que han sucedido en el último mes tanto en casa como en la escuela y pueden ir aplicando y revisando las estrategias que reciben en el grupo con el tiempo suficiente para asimilarlas y que se produzcan cambios significativos.

Respecto a la dinámica de los encuentros, la conductora planteaba un tema o tópico sobre el que conversar, apoyado normalmente sobre un documento creado para motivar inicialmente el diálogo. No se trataba tanto de que la conductora se presentara como “experta” en el tema y el encuentro se convirtiera en una clase teórica y magistral, sino que fuera el propio grupo el que compartiera sus conocimientos, experiencias, dificultades y estrategias conducidos adecuadamente por una psicóloga.

En determinados temas, cuando el grupo así lo requería y la conductora lo creía conveniente, ésta podía introducir contenidos relevantes para aclarar, matizar o ampliar lo dicho por el grupo, pero normalmente, trataba que fuera el propio grupo el que construyera la sesión, partiendo de sus propias experiencias y conocimientos previos. Al finalizar cada encuentro, se les facilitaba materiales elaborados ad-hoc y se recomendaba bibliografía adecuada para aquellos padres que quieran ampliar conocimientos sobre el tema que se había abordado.

Tal y como se puede observar en el cuadro 5, el programa se divide en seis bloques temáticos con diferentes objetivos y tareas específicas en cada uno de ellos.

Cuadro 5. Estructuración y desarrollo del programa para padres y madres

Sesiones	Temática	Objetivos	Contenidos/Tareas
0	Presentación del Programa	<ul style="list-style-type: none"> Comunicar el lugar y calendario de los encuentros. Informar sobre la dinámica de las sesiones Informar y aceptar los compromisos Cumplimentar los cuestionarios 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de la conductora Entrega de calendario con las fechas, lugar y hora de los encuentros La conductora informa de los compromisos que deben aceptar para iniciar la intervención
1ª	Me presento: Mi familia con un hijo con TDAH.	<ul style="list-style-type: none"> Conocer a las personas que forman el grupo. Creer en confianza en el grupo y en la conducción Aumentar su nivel de aceptación como padres y en su hijo 	<ul style="list-style-type: none"> Cada persona se presenta y describe a su hijo/a con TDAH. Comentan sus expectativas en el grupo Se les pide que para la siguiente sesión traigan los manuales que les hayan resultado útiles en la comprensión de su hijo
2ª		<ul style="list-style-type: none"> Aumentar el nivel de comprensión del trastorno Aceptar el TDAH como discapacidad Desculpabilizar a la familia y escuela Aceptar la necesidad de tratamiento multidisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...” Lectura del documento: “yo nací con una discapacidad invisible” Entrega al final del encuentro del dossier “Comprement el TDAH” Entrega de bibliografía recomendada para padres
3ª	El TDAH en la escuela: Dificultades para aprender y relacionarse	<ul style="list-style-type: none"> Aumentar la comprensión y aceptación de las dificultades escolares de sus hijos Compartir estrategias de mejora de la atención y organización en casa Compartir formas para incentivar y mejorar las relaciones sociales de sus hijos y de su familia. Aumentar la empatía con el profesor y la institución escolar. 	<ul style="list-style-type: none"> Lectura del documento: “testimonio de un niño con problemas de atención a su profesora” Se incentiva para que concreten formas de mejorar la organización y atención de sus hijos en casa. Se motiva para que comenten estrategias para aumentar la motivación escolar en sus hijos Se les entrega al finalizar un decálogo para mejorar la atención y un ejemplo de auto-observación con refuerzo casa-cole para que lo apliquen y comenten en la siguiente sesión.

4ª	El TDAH en mi familia: Implicaciones emocionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Crecer en confianza y apoyo mutuo. • Conocer la relación entre pensamiento-afecto y conducta • Detectar nuestras creencias irracionales sobre nosotros y nuestros hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...” • Mostrar los registros de auto-observación con refuerzo realizados durante el mes. • Torbellino de ideas: sentimientos y emociones negativas • Ejercicio: AFC situaciones conflictivas familiares
5ª		<ul style="list-style-type: none"> • Aprender a cambiar positivamente nuestras creencias sobre nosotros y nuestros hijos • Incentivar la comunicación en la pareja. • Favorecer el vínculo en la pareja 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...” • Mostrar los AFC realizados. Se reflexiona sobre los pensamientos, negativos y distorsionados que se disparan ante situaciones conflictivas. • Práctica: cambiar los pensamientos distorsionados a otros positivos y funcionales • Debate: ¿tienes un proyecto de vida familiar?
6ª	El TDAH en mi familia: Implicaciones educativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender y desarrollar normas en la vida familiar que favorezcan el desarrollo y autonomía de cada uno. • Conocer y valorar la importancia de la estructura, orden y rutinas en la vida familiar • Conocer las virtudes y fortalezas propias y de sus hijos • Aprender técnicas para incentivar el cambio positivo • Aprender técnicas para disminuir conductas negativas sin minar la autoestima de los hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...” • Seguimiento en la aplicación de estrategias. • Practica de “un buen jefe” • Debate: “Armas poderosas para el cambio positivo: la atención y los elogios” • Comentamos la frase: “ crea en su hijo si quiere que él crea en sí mismo” • Practica para casa: “tiempo especial” • Se entrega dossier de “técnicas para favorecer el cambio positivo”
7ª	Habilidades de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la comunicación en la familia • Aprender estrategias de comunicación operativas y positivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...” • Seguimiento en la aplicación de estrategias. • Se leen en voz alta diferentes estilos educativos en “¿te reconoces...?” • Debate: saber escuchar para que los hijos hablen y cómo hablarles para que escuchen. • Role playing dar señales de escucha: clarificación, paráfrasis, reflejo. • Ejercicio: frases que demuestren confianza y aceptación.. • Se les entregan dos documentos: “el lenguaje especial de la comunicación positiva” y Mejoramos la comunicación familiar
8ª	Habilidades de manejo del estrés y situaciones conflictivas	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer estrategias de manejo de situaciones conflictivas • Conocer y aplicar técnicas de respiración y relajación • Aumentar el grado de autocontrol de los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...” • Seguimiento en la aplicación de estrategias de comunicación • Compartir situaciones familiares conflictivas • Role-playing estrategias “tiempo muerto, disco rayado, desviar tema” • Práctica de relajación grupal
9ª	Recapitulación. Despedida.	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionar sobre lo compartido en el grupo • Valorar el crecimiento personal • Reconocer logros en sí mismos y en su familia • Despedir al grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo para traer al grupo... • Seguimiento aplicación de estrategias. • Cada pareja valora: ¿qué te llevas del grupo? • La conductora enfatiza los logros de cada pareja y del grupo. También lo que se lleva de la experiencia.

En cuanto a los contenidos específicos de las sesiones de formación y dinámica de grupos, se desarrollaron los seis bloques temáticos que se describen a continuación.

Sesión 0: “Presentación del Programa”

El primer encuentro grupal tenía como objetivo principal establecer un contacto inicial con la conductora así como entre los miembros del grupo. Asimismo, era importante que la información y compromisos que habían sido informados y aceptados a nivel individual con la psicóloga de la escuela, pudieran ser comentados y nuevamente aceptados a nivel grupal antes de comenzar propiamente con la intervención grupal.

Se detallaron algunos aspectos importantes para el buen funcionamiento del grupo:

- La fecha de inicio y finalización de la intervención
- Lugar de los encuentros grupales: en un aula de la propia escuela de sus hijos que permitía una disposición física de las sillas en forma circular, con proyector para visualizar presentaciones y pizarra para ejemplificar algunas estrategias prácticas.
- Frecuencia y duración de las reuniones. Mensualmente durante dos horas de duración. Se insistió en la rigurosa puntualidad de inicio y cierre de las sesiones.
- Compromisos que se irían adquiriendo en y con el grupo:
 - o Participación: se explicó que participar es asistir al grupo; que en ocasiones podrían participar hablando, en otros momentos escucharían activamente al otro, otros darían apoyo al que lo necesitara y habría otros en los que simplemente podrían “estar”. Todas eran consideradas formas de participar en el grupo.
 - o Confidencialidad: se señaló la importancia de que respetaran lo que el otro miembro del confiaba. Se hizo especial referencia a la confidencialidad de la conductora del grupo, que paralelamente conduciría el de los maestros de sus hijos, señalando que nada de lo que se dijera en un grupo sería comentado en el otro y viceversa. Se insistió en que era labor de todos que el grupo fuera confiable para todos.

- Respeto hacia el otro. Se explicó que en el grupo cada cual podría comentar lo que necesitara explicar. Habría momentos en los que quizá compartieran situaciones cotidianas y otros en los que fueran más íntimas. Se resaltó la importancia de respetar al otro, dentro de la libertad de cada cual para poder dar su opinión personal respecto a sí mismo y respecto al otro.

Finalmente se les entregó un sobre con el cuestionario de clima familiar (FES, Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989), para que lo cumplimentaran y entregaran antes de comenzar la siguiente sesión grupal. El cuestionario de TDAH (Amador et al., 2005), ya fue cumplimentado durante el proceso de selección de la muestra.

Bloque I. “Me presento: mi familia con un hijo con TDAH”

Las dos primeras sesiones tuvieron dos objetivos principales. Por un lado que el grupo se conociera y fuera creciendo en confianza y apoyo mutuo, y por otro, aumentar el nivel de comprensión de las familias del trastorno que padecen sus hijos.

Se inició la primera sesión con una dinámica de presentación, en la que cada uno presentaba a su pareja y a su hijo/a con TDAH. Asimismo, la conductora motivó para que cada familia compartiera con el resto las expectativas que traían al grupo. Normalmente las expectativas se centraban en la capacidad de la conductora para resolver dudas y para “recetar” soluciones a sus problemas cotidianos. Sin embargo, la conductora resaltó también el papel del propio grupo (de iguales) como fuente de conocimiento apoyo mutuo.

Se les pidió que para la siguiente sesión trajeran al grupo los manuales o materiales que les hubieran resultado útiles en la comprensión de su hijo y de su papel como padres.

Se inició la segunda sesión con tiempo para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...” La conductora explicó al grupo que al inicio de cada sesión, se dedicarían 20 minutos para que aquél que lo necesitase compartiera con el grupo lo que le preocupara en relación a su familia. Era un tiempo abierto para compartir información, dificultades, novedades, situaciones familiares concretas

que hubieran sucedido durante el mes, de forma que el grupo fuera creciendo en confianza y apoyo mutuo.

Posteriormente, se leyó en voz alta el documento “yo nací con una discapacidad invisible” (anexo 2.1), que motivó para que los padres fueran empatizando con las dificultades de sus hijos, para que las fueran comprendiendo como consecuencia de una discapacidad y no de una mala educación así como para que visualizaran un futuro esperanzador. La conductora fue introduciendo contenidos explicativos a las dificultades que los miembros del grupo compartían de sus hijos, de forma que se iban relacionando las propias experiencias y conocimientos de los padres con lo que la literatura científica aportaba sobre el tema en cuanto a síntomas centrales, problemas asociados, etiología, curso evolutivo y pronóstico a largo plazo.

Finalmente, se invitó a los padres para que compartieran los manuales que habían traído para recomendárselos entre ellos. La conductora entregó un documento con bibliografía y algunas páginas web seleccionadas sobre TDAH y otro que recogía de forma sintética los contenidos que se habían abordado en las dos sesiones para que mejorasen su comprensión sobre el TDAH y adoptasen una actitud esperanzadora, no culpabilizadora y proactiva ante las dificultades que presentan sus hijos.

Bloque II. “El TDAH en la escuela: dificultades para aprender y relacionarse”

La tercera sesión tuvo como objetivos aumentar la comprensión y aceptación de los padres de las dificultades escolares de sus hijos, compartir estrategias de mejora de la atención y organización en casa así como formas de incentivar y mejorar las relaciones sociales de los hijos y de la familia. Indirectamente, también se pretendía aumentar la empatía de la familia con el profesor y con la institución escolar.

Para ello, en primer lugar siguiendo la estructura de cada sesión, se comenzó con tiempo abierto para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...”

Posteriormente, se leyó en voz alta el documento “testimonio de un niño con problemas de atención a sus profesora” (anexo 2.2), para conectar con las dificultades propias de un niño con TDAH en el contexto escolar y que cada familia pudiera concretar las que manifiesta su hijo.

A continuación se incentivó para que compartieran formas de mejorar la organización y atención en casa así como estrategias para aumentar la motivación escolar de sus hijos. La conductora comentó la estrategia de autoobservación de la atención y del trabajo en casa y entregó al finalizar la sesión un decálogo para mejorar la atención y una hora de registro (ver anexo 3.1) para que la aplicasen durante el mes siguiente y la comentasen en la siguiente sesión.

Bloque III. “El TDAH en mi familia: Implicaciones emocionales”

Siguiendo la estructura de cada sesión, se comienza con tiempo abierto para traer al grupo “lo que me preocupa hoy...” Asimismo, cada miembro del grupo compartió con el resto las dificultades o mejoras que habían observado en la aplicación de las estrategias comentadas en la sesión anterior.

En este tercer bloque, durante dos sesiones se profundizó en las dificultades emocionales que supone para la familia la convivencia con un hijo con TDAH. La conductora incentivó al grupo a través de una dinámica en la que los padres compartieron los sentimientos y emociones negativas que les producen habitualmente sus hijos ante determinadas situaciones cotidianas. Los miembros del grupo ante esta dinámica experimentaron una fuerte sensación de alivio al darse cuenta que sus problemas eran comunes al resto de familias y que se pueden expresar emociones fuertes y profundas y aún así ser aceptados por los demás.

A continuación la conductora les mostró una forma sencilla de realizar un análisis funcional de conducta, que les permitió comprender la relación que se establece entre el pensamiento, las emociones y determinados comportamientos en situaciones conflictivas concretas (ver anexo 3.2). Se enfatizó la detección de los pensamientos automáticos distorsionados que surgen ante situaciones conflictivas para evitar conclusiones precipitadas y erróneas.

Para finalizar la sesión, cada pareja expuso una situación problemática y los pensamientos, emociones y comportamientos que generan en su familia. Se incentivó para que durante el mes siguiente realizasen este tipo de análisis ante las situaciones conflictivas que tuvieran con sus hijos.

En la siguiente sesión, después de dedicar unos minutos al inicio para comentar lo que les preocupaba, se revisó la aplicación de la técnica de registro

de situaciones conflictivas analizándolas funcionalmente. La conductora, mediante los ejemplos reales aportados por los miembros del grupo, explicó los diferentes errores o distorsiones de pensamiento que habían realizado (hipergeneralización, designación global, filtrado, pensamiento polarizado, autoacusación, personalización, lectura de la mente, falacia de control y razonamiento emocional). Incentivó a los miembros del grupo para que ante cada una de las situaciones trataran de cambiar los pensamientos distorsionados por formas más positivas y funcionales.

Para finalizar este bloque, la conductora planteó al grupo las siguientes preguntas: ¿Qué es lo que da sentido a tu vida? ¿Qué deseas para tu hijo? ¿Tenéis un proyecto de vida familiar? ¿Os habéis parado alguna vez a reflexionar sobre qué valores queréis educar en vuestra familia y cómo hacerlo? Se trata de que los miembros del grupo reflexionen sobre la importancia de detenerse más a menudo para pensar en estas cuestiones y en las acciones que llevarían a cabo para lograrlas. Sin perder la espontaneidad que caracteriza a la educación familiar, se enfatizó la importancia de tener unas finalidades más o menos definidas y acordadas por la pareja revisadas periódicamente.

Bloque IV. “El TDAH en mi familia: Implicaciones educativas”

Después del tiempo dedicado a que algunos miembros del grupo comentasen abiertamente “lo que me preocupa hoy...”, se compartieron las experiencias que habían sucedido tras la aplicación de las estrategias aprendidas hasta el momento.

La séptima sesión tenía como objetivos que las familias comprendieran y desarrollaran normas en la vida familiar que favorecieran el desarrollo y autonomía de cada uno; que conocieran y valoraran la importancia de la estructura, el orden y las rutinas en la vida familiar; que aprendieran técnicas para incentivar el cambio positivo y para disminuir conductas negativas sin minar la autoestima de sus hijos.

Para ello, en primer lugar se realizó la actividad “el buen jefe” que consiste en que cada miembro del grupo debe escribir en una parte de la hoja las características que definen a un buen jefe, y en la otra parte de la hoja las que definen al mal jefe. Después de exponer cada uno de los padres y madres lo que

habían escrito, la conductora planteó al grupo la pregunta: “y tú...¿eres un buen jefe de tus hijos?

El debate motivó la exposición por parte de la conductora de formas poderosas para lograr el cambio positivo en los hijos mediante la atención y los elogios. Se explicó la técnica del “tiempo especial” (anexo 3.3) y se motivó para que la aplicasen durante el mes siguiente. Al finalizar la sesión, se les entregó un dossier con las técnicas comentadas durante en la sesión (ver anexo 3.4).

Bloque V. “Habilidades de comunicación”

Tras compartir con el grupo lo que les preocupa, se comentaron las circunstancias que habían sucedido durante el mes tras la aplicación de las técnicas aprendidas hasta el momento.

La octava sesión tiene como objetivo mejorar la comunicación en la familia, aprendiendo estrategias de comunicación positivas y operativas. Como motivación inicial, se leyeron en voz alta casos reales de diferentes estilos educativos (permisivo, sobreprotector, autoritario, inconsistente, democrático o asertivo) y se les planteó la pregunta: ¿te reconoces? (ver anexo 3.5). Se inició un debate sobre los diferentes estilos educativos y sus consecuencias en la vida familiar.

Posteriormente la conductora explicó brevemente algunas estrategias operativas y positivas de comunicación: conectar, dar señales de escucha (clarificar, parafrasear, reflejo), no interrumpir, preguntar de forma adecuada y elegir el momento oportuno (ver anexo 3.6). En pequeños grupos, a partir de diferentes situaciones conflictivas planteadas por la conductora los padres representaron mediante role-playings estrategias comunicativas adecuadas.

Tras debatir la importancia de saber escuchar para que los hijos hablen, se enfatizó también la necesidad de saber comunicarse o hablar adecuadamente para que los hijos escuchen. Se aconsejó seguir los siguientes pasos para mejorar la forma de comunicarse o hablar con los hijos:

- *Escuchar reflexivamente* para comprender y clarificar los sentimientos del hijo. Hay que proponerse escuchar activamente.

- *Explorar alternativas* a través del torbellino de ideas (ej. si estás interesado en llevarte mejor con tu maestra ¿cuáles son algunas cosas que pudieras hacer? Obtenga del niño tantas ideas como sea posible.

- *Ayudarle a escoger una solución.* ¿Cuál crees tú que sea la mejor?

- *Discutir los probables resultados de la decisión:* ¿qué crees tú que sucederá?

- *Obtener un compromiso:* ¿qué has decidido hacer? ¿Cuándo?

- *Planificar un tiempo de evaluación:* ¿durante cuánto tiempo harás esto?

También se reflexionó sobre la importancia de hablar a los hijos en términos de “mensajes-YO”. Se señaló que el mensaje-TÚ acusa, conlleva críticas al niño. Sugiere que él es el culpable. Es simplemente un ataque verbal irrespetuoso. Sin embargo, el mensaje-YO, en contraste, simplemente describe cómo uno se siente frente al comportamiento del niño. El mensaje-YO se centra en uno mismo y no en el niño, sin acusarle. Se ejemplificó un mensaje-YO de la siguiente manera:

1. *Describe el comportamiento* que interfiere (simplemente describa, NO acuse): “Cuando no me dices la verdad...”
2. *Explique sus sentimientos* con respecto a las consecuencias que el comportamiento le produce: ...me pongo triste...
3. *Establezca la consecuencia:* ...porque parece que no confíes en mí”

Tras la explicación, se les pidió que dijeran en voz alta frases que suelen utilizar para animar, dar confianza y demostrar aceptación a sus hijos. Tras comprobar entre todos lo difícil que les resultaba y las pocas ocasiones que utilizaban este lenguaje positivo, la conductora les ofreció ideas sobre formas de hacerlo que favorecieran la comunicación así como la confianza de los hijos. Al finalizar la sesión se les entregó el documento “el lenguaje especial de la comunicación positiva” (anexo 3.7).

Bloque VI. “Habilidades de manejo del estrés y gestión del tiempo”

Comienza la sesión con un tiempo abierto para que los miembros del grupo que lo necesiten compartan lo que les preocupa en ese momento, para pasar posteriormente a comentar la aplicación de las estrategias aprendidas hasta el momento.

La sexta sesión tenía por objetivo que los miembros del grupo conociesen estrategias psicológicas que les ayudasen a controlar sus emociones e impulsos en situaciones conflictivas y mejorasen el grado de gestión de su tiempo personal y familiar.

Se inició la sesión compartiendo en el grupo situaciones conflictivas o momentos críticos que suelen ser difíciles de gestionar y que suelen conducir a arranques incontrolados de ira en la familia. Se plantearon las siguientes preguntas: ¿qué se consigue con ellos?, ¿a dónde nos conducen?, ¿contribuyen estas conductas a mejorar la situación? Se comentó en grupo que lo más importante en estos casos es salir del conflicto lo más pronto posible de modo que la familia se vea mínima resentida por éste y una vez pasada la crisis será el momento de buscar la solución al problema e intentar que no vuelva a suceder.

La conductora comentó algunas alternativas para poder gestionar estos momentos críticos (anexo 3.8):

- *Desviar el tema y proponer alternativas:* Demostrar que quieres cambiar de tema no para evitarlo sino para aplazar la discusión hasta estar más calmados. Ejemplo: “No creo que sea oportuno hablar de eso ahora, ¿qué tal si lo dejamos para la cena?”
- *Disco rayado:* Recalcar de modo repetitivo y autoafirmativo que no acepta la situación. Mientras le estén hablando de un modo alterado, se trata de repetir una frase mecánicamente. Es conveniente que esta frase sea de mutuo acuerdo, para que el otro sepa que se está aplicando la técnica del disco rayado y que no lo dice para disgustarle. Ejemplo: “No estoy dispuesto a esto, no te voy a hacer caso mientras estés así”
- *Tiempo muerto:* Muchas veces sólo la presencia puede ser suficiente para que la discusión continúe. Con el tiempo muerto o fuera se pretende evitar esta situación precisamente. Para hacer más explícito el rechazo a esa situación, lo que debe hacerse es separarse físicamente de la misma, de modo que podemos demostrarle al hijo que en momentos como éste somos capaces de mantener la calma. Durante el tiempo que se esté en tiempo muerto los dos han de intentar realizar por separado alguna actividad que les calme: caminar, escuchar música, leer, relajarse... No hay

que pensar en qué pasará ni en anticipar lo que dirá después, se trata de relajarse.

La conductora explicó que antes de aplicar cualquiera de las técnicas la familia debía sentarse a comentarlas para que todos comprendieran su uso y llegaran a un mutuo acuerdo de utilización (ver anexo 3.8). La conductora comentó que hay que hacer hincapié en que lo que se va a rechazar es la conducta o situación y no a la persona que la realiza. Deben utilizarse cuando las personas que participan en una conversación observan signos que indican que la situación puede desembocar en un conflicto que no vamos a poder gestionar de forma adecuada.

A continuación, se dispuso físicamente el aula para poder realizar un ejercicio de respiración y relajación profunda. Extendidos en el suelo cómodamente, los padres y madres practicaron ejercicios de respiración profunda y de tensión y relajación de las diferentes partes del cuerpo. Posteriormente, se comentaron en grupo las sensaciones y emociones que habían experimentado durante la sesión de relajación y se animó para que aplicasen las diferentes técnicas durante el mes siguiente.

Bloque VIII. “Recapitulación y Despedida”

Después de unos minutos iniciales en los que compartieron “lo que les preocupa hoy...” y de dar seguimiento a la aplicación de las técnicas explicadas hasta el momento, la conductora introdujo el objetivo de la sesión, que al ser la última, sería una sesión de recapitulación y despedida.

Respondiendo a la pregunta planteada por la conducción: ¿qué te llevas del grupo? de manera espontánea los miembros del grupo fueron aportando sus reflexiones y en ocasiones su agradecimiento, no sólo a la conductora, sino a los diferentes miembros del grupo. Fue un tiempo abierto para que cada uno, cada pareja y el grupo en sí, reflexionara sobre lo que había crecido a nivel personal, familiar y en el grupo a lo largo del curso y pudieran despedirse de él.

Para finalizar, la conductora también aportó a cada pareja y al grupo la evolución positiva que había visto durante el curso en cada uno de ellos así como lo que personalmente también se llevaba de la experiencia.

CAPÍTULO 5



Resultados

De acuerdo con los objetivos y las expectativas de investigación planteadas, elaboramos un diseño cuasi-experimental mixto (entre-grupos e intra-grupos), realizando evaluaciones en las fases de pretratamiento y de postratamiento. La mitad de los sujetos fueron aleatoriamente asignados a cada uno de los dos grupos que participaron en la investigación (farmacológico versus combinado).

Se analizaron los efectos de las intervenciones (variables independientes), sobre las variables dependientes o medidas siguientes:

- Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas sobre el TDAH (*Adaptación española del Cuestionario "Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (KADDS, Jarque et al. 2007)*)
- Nivel de autoeficacia percibida (*Escala likert de autoeficacia*)
- Inatención, hiperactividad e impulsividad (*Cuestionario TDAH, Amador et al., 2005*)
- Clima escolar: relaciones, autorrealización, estabilidad y cambio (*Escalas de Clima Social: Centro Escolar, adaptación al castellano de Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989*)
- Clima familiar: relaciones, desarrollo y estabilidad (*Escalas de Clima Social: Familiar, adaptación al castellano de Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989*)
- Rendimiento académico (notas de las áreas instrumentales: castellano, catalán, inglés y matemáticas)

Posteriormente, se realizaron diversos análisis estadísticos de los datos obtenidos. En primer lugar, se emplearon estadísticos descriptivos para conocer las características sociodemográficas de las muestras participantes, y las diversas medias y desviaciones típicas de las distintas medidas. Asimismo, se analizaron los porcentajes de respuestas correctas, incorrectas y no contestadas en la Escala de Conocimientos sobre el TDAH (Jarque et al, 2007), y el nivel de autoeficacia percibida.

Asimismo, para realizar las comparaciones intragrupos y entregupos, se aplicaron pruebas no paramétricas, debido a que no se cumplían las condiciones de parametricidad. Concretamente, se empleó la prueba de Wilcoxon para llevar

a cabo las comparaciones entre muestras relacionadas (intra-grupos) entre las fases de pretratamiento y postratamiento. Por otro lado, se realizaron también comparaciones entre las muestras independientes, es decir, entre los grupos farmacológico y combinado, tanto en la fase de pretest como de postest, aplicando la prueba U de Mann Witney.

Por último, tras los análisis estadísticos grupales, se realizaron análisis clínicos cuantitativos individualizados, calculando el porcentaje de mejora de cada niño tras el tratamiento según las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de TDAH para padres y profesores (Amador et al., 2005).

A continuación, analizaremos los resultados obtenidos en nuestra investigación. Para facilitar su comprensión se presentarán los mismos de acuerdo con cada uno de los objetivos que planteamos. Consecuentemente, comenzaremos analizando los resultados obtenidos en relación al contexto escolar por el grupo farmacológico, combinado y la comparación. Posteriormente se empleará la misma estructura en relación al contexto familiar.

5.1. Análisis de los resultados obtenidos en el contexto escolar

Intervención Farmacológica

5.1.1. Nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre el TDAH en el grupo de intervención farmacológica

El primer objetivo que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar el efecto de una intervención farmacológica sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH.

Pasamos a continuación a describir y comparar los resultados obtenidos por los maestros en la Escala de conocimientos sobre TDAH (KADDS, Jarque et al. 2007) en la fase de pretratamiento y postratamiento.

Tal y como aparece reflejado en la tabla 7, nuestros datos señalan que antes de participar en la intervención farmacológica, los maestros poseían un nivel medio de *conocimientos*, contestando correctamente un bajo porcentaje de las cuestiones (M= 52.8%, DT= 5.28). La subescala con más aciertos es la de Síntomas/Diagnóstico (M= 63,38 %, DT= 12.26), seguida de la subescala de

Tratamiento (M= 56,22%, DT= 10.77) y finalmente la de Información General (M= 43.30%, DT= 9.55). Tras la intervención farmacológica, los maestros contestaron correctamente a una media de 51.9% de los ítems (DT= 6.17). De nuevo, la subescala con más aciertos es la de Síntomas/Diagnóstico (M= 63.27%, DT= 11.44), seguida de la subescala de Tratamiento (M= 53.31%, DT= 9.51) y finalmente la de Información General (M= 43.96%, DT= 9.77).

Por tanto, tras la intervención farmacológica, los análisis realizados reflejan que los maestros no aumentaron su nivel de conocimientos sobre TDAH. Concretamente, no se encuentran diferencias significativas en el nivel de conocimientos adquiridos por los maestros, ni en la puntuación total ($Z = -1.080$, $p = .280$), ni en el resto de subescalas (Información general. $Z = -.312$ $p = .755$; Síntomas-Diagnóstico. $Z = -.9333$, $p = .351$; Tratamiento. $Z = -1.381$, $p = .167$).

Tabla 7. Porcentajes medios de *aciertos* y comparaciones intragrupo de los maestros

ESCALA	PRE TEST		POSTEST		Z	p	d
Total	M	52,8	M	51,9	-1,080	,280	0,17
	DT	5,28	DT	6,17			
Información General	M	43,30	M	43,96	-,312	,755	-0,06
	DT	9,55	DT	9,77			
Síntomas/ Diagnóstico	M	64,38	M	63,27	-,933	,351	0,09
	DT	12,26	DT	11,44			
Tratamiento	M	56,22	M	53,31	-1,381	,167	0,27
	DT	10,77	DT	9,51			

**p < .01 *p < .05

La tabla 7 presenta los datos relativos a las *concepciones erróneas* señalando que los maestros han respondido de forma incorrecta a un 13.97 % de los ítems del cuestionario total (DT= 4.45). La subescala en la que se observan más concepciones erróneas es la de Información General (M= 15.96%, DT= 7.6), seguida de la subescala de Tratamiento (M= 14.55%, DT= 11.73), y la de Síntomas/Diagnóstico (M= 6.81%, DT= 11.54). Tras la intervención farmacológica, respondieron de una forma incorrecta a un 15.17% de los ítems del cuestionario total (DT= 4.95). La subescala en la que se observan más concepciones erróneas es la de Tratamiento (M= 19.54%, DT= 11.23), seguida de la subescala de Información General (M= 15.97%, DT= 7.62), y Síntomas/Diagnóstico (M= 12.76%, DT= 9.71).

Tras el tratamiento farmacológico, como muestra la tabla 8, se produjo un aumento significativo de las concepciones erróneas tanto en la puntuación total

del cuestionario ($Z = -2.155$, $p = .031$), como en las subescalas de Síntomas-Diagnóstico ($Z = -2.108$, $p = .035$) y Tratamiento ($Z = -2.265$, $p = .024$).

Tabla 8. Porcentajes medios de *errores* y comparaciones intragrupo de los maestros

ESCALA	PRETEST		POSTEST		Z	p	d
Total	M	13,15	M	15,17	-2,155	,031*	-0,35
	DT	5,68	DT	4,95			
Información General	M	15,96	M	15,97	-3,67	,714	-0,001
	DT	7,6	DT	7,62			
Síntomas/ Diagnóstico	M	6,8	M	12,76	-2,108	,035*	-0,51
	DT	11,54	DT	9,71			
Tratamiento	M	4,55	M	19,54	-2,265	,024*	-1,27
	DT	11,73	DT	11,23			

** $p < .01$ * $p < .05$

Por último, en la tabla 9 puede observarse el porcentaje medio de *lagunas* de los maestros (respuesta “no sé”) antes y después de la intervención farmacológica. En la fase de pretest presentan un 34.35% de lagunas en la escala total. En relación con las subescalas, se observa que donde tienen más lagunas es Información General ($M = 41.64\%$, $DT = 10.78$), seguida de la subescala de Tratamiento ($M = 29.13\%$, $DT = 10.65$), y muy cerca la subescala de Síntomas-Diagnóstico ($M = 27.19\%$, $DT = 8.42$). Tras la intervención farmacológica, el porcentaje medio de *lagunas* de los maestros en la escala total asciende al 35.04% ($DT = 10.99$). La subescala donde siguen teniendo más lagunas es la de Información General ($M = 39.30\%$, $DT = 10.57$), seguida de la subescala de Tratamiento ($M = 27.05\%$, $DT = 9.32$), y por último la subescala de Síntomas/Diagnóstico ($M = 23.86\%$, $DT = 10.35$).

Como muestra la tabla 9, no se encontraron diferencias significativas tras la intervención en el porcentaje medio de lagunas de los maestros en la puntuación total, ni en la subescala de Tratamiento ni de Síntomas/Diagnóstico. Sin embargo, tras la intervención sí que disminuyeron de forma significativa el porcentaje de lagunas cometidas en Información General ($Z = -2.119$, $p = .034$).

Tabla 9. Porcentajes medios de *lagunas* y comparaciones intragrupo de los maestros

ESCALA	PRETEST		POSTEST		Z	P	d
Total	M	34.35	M	35.04	-2.245	.807	-0.09
	DT	7.52	DT	10.99			
Información General	M	41.64	M	39.30	-2.119	.034*	0.21
	DT	10.78	DT	10.57			
Síntomas/ Diagnóstico	M	27.19	M	23.86	-1.732	.083	0.39
	DT	8.42	DT	10.35			
Tratamiento	M	29.13	M	27.05	-1.051	.293	0.19
	DT	10.65	DT	9.32			

** $p < .01$ * $p < .05$

5.1.2. Nivel de autoeficacia percibida de los maestros del grupo de intervención farmacológica

El *segundo objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar los efectos de la intervención farmacológica sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros.

Como aparece reflejado en la tabla 10, tras la aplicación de la intervención farmacológica, los datos señalan que los maestros disminuyeron de forma significativa su nivel de autoeficacia percibida para afrontar con éxito el proceso de enseñanza-aprendizaje de sus alumnos con TDAH ($Z = -2,449$, $p = ,014$).

Tabla 10. Comparación intragrupo de la autoeficacia percibida por los maestros del grupo farmacológico

	PRETEST		POSTEST		Z	P	d
AUTOEFICACIA PERCIBIDA	M	2,6	M	2,3	-2,449	,014*	0,34
	DT	0,88	DT	0,92			

**p < .01 *p < .05

5.1.3. Sintomatología de TDAH de acuerdo con las estimaciones de los maestros del grupo de intervención farmacológica

El *tercer objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar el efecto de la intervención farmacológica sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar.

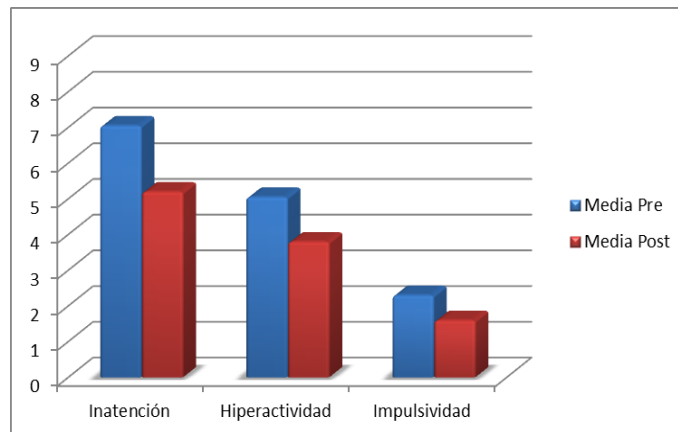
Los datos relativos a las comparaciones realizadas entre la fase de pretest y postest en el Cuestionario de TDAH (Amador et al., 2005), quedan reflejados en la tabla 11. Como se puede apreciar también el gráfico 3, se produce un descenso significativo en la sintomatología central de TDAH estimada por sus profesores, tanto en el nivel de inatención ($Z = -3,774$, $p = .000$, $d = 1,08$), como en el de hiperactividad ($Z = -3,898$, $p = .000$, $d = 1,14$), e impulsividad ($Z = -3,5$, $p = .000$, $d = 1,07$).

Tabla 11. Comparación intragrupo de la percepción de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros del grupo farmacológico

	PRETEST		POSTEST				
	Media	DT	Media	DT	Z	p	d
INATENCIÓN	7,05	1,70	5,2	,89	-3,774	,000**	1,08
HIPERACTIVIDAD	5,05	1,09	3,8	,83	-3,898	,000**	1,14
IMPULSIVIDAD	2,3	,65	1,6	,59	-3,5	,000**	1,07

**p < .01 *p < .05

Gráfico 3. Comparación intragupo de la percepción de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros del grupo farmacológico



Tras el análisis grupal de los resultados, se realizaron análisis individualizados mediante el cálculo del porcentaje de mejora tras la intervención en la sintomatología de TDAH en cada uno de los niños de la muestra. Como refleja la tabla 12, a nivel atencional dos niños que recibieron tratamiento exclusivamente farmacológico no obtuvieron ningún tipo de mejora, 4 niños mejoraron hasta el 20% y otros 4 niños entre el 20% y el 40%.

Tabla 12. Porcentaje de mejora estimada por los profesores del grupo farmacológico en la sintomatología TDAH de cada uno de los niños según la escala DSM-IV-TR (APA, 2000).

PROFESORES G. FARMACOLOGICO			
niños	PRE I H/I	POST I H/I	% MEJORA I H/I
1	7	5	28
	6	5	16
2	7	5	28
	7	6	14
3	6	5	16
	7	6	14
4	7	6	14
	6	6	0
5	6	6	0
	6	6	0
6	6	6	0
	8	7	12
7	7	4	42
	8	7	12
8	6	5	16
	8	5	37
9	9	6	33
	6	4	33
10	7	6	14
	8	6	25

En cuanto a la sintomatología de hiperactividad e impulsividad, los profesores observaron que 2 niños no obtuvieron ningún tipo de mejora, 5 niños mejoraron hasta un 20% y 3 niños de un 20% a un 40%. En conjunto, si tenemos en cuenta tanto los síntomas de inatención como de hiperactividad-impulsividad que los profesores observaron en los niños tras la intervención, 2 niños de la muestra no cumplirían con el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

5.1.4. Rendimiento académico de los niños del grupo de intervención farmacológica

El *cuarto objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH.

Se realizaron comparaciones entre los resultados académicos obtenidos en las cuatro áreas instrumentales (matemáticas, castellano, catalán, inglés) del primer y último trimestre del curso de los alumnos con TDAH que participaron en el estudio en el grupo de intervención farmacológica.

Los resultados muestran que tras la implementación de la intervención farmacológica, los resultados académicos en total de los niños con TDAH no mejoraron de forma significativa ($Z=-,775$; $p=,439$; $d=0,13$) (tabla 13). Al contrario, comparando las medias podemos observar que los resultados disminuyeron ligeramente.

Tabla 13. Comparación intragrupo del rendimiento académico de los alumnos con TDAH del grupo farmacológico.

	PRETEST		POSTEST		Z	p	d
RENDIMIENTO ACADÉMICO	M	4,7	M	4,6	-,775	,439	0,13
	DT	,75	DT	,49			

**p < .01 *p < .05

Igualmente sucede si analizamos los resultados en función del área instrumental evaluada. Como recoge la tabla 14, ninguna de las áreas instrumentales evaluadas mejora tras la implementación del tratamiento farmacológico, sino todo lo contrario, se produce un ligero empeoramiento, aunque no significativo, en todas las áreas, excepto en matemáticas.

Tabla 14. Comparación intragrupo del rendimiento académico por áreas instrumentales del grupo farmacológico.

	PRETEST		POSTEST		Z	p	d
MATEMÁTICAS	M	4,7	M	4,4	-1,134	0,257	-0,28
	DT	1,05	DT	0,51			
CASTELLANO	M	4,8	M	4,8	-0,000	1,000	0
	DT	0,63	DT	0,42			
CATALÁN	M	4,6	M	4,5	-1,000	0,317	0,19
	DT	0,51	DT	0,52			
INGLÉS	M	4,7	M	4,4	-,447	0,655	0,36
	DT	0,82	DT	0,51			

**p < .01 *p < .05

5.1.5. Clima escolar percibido por los maestros del grupo de intervención farmacológica

El quinto objetivo que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar los efectos de una intervención de tipo farmacológico sobre el clima escolar de los niños con TDAH.

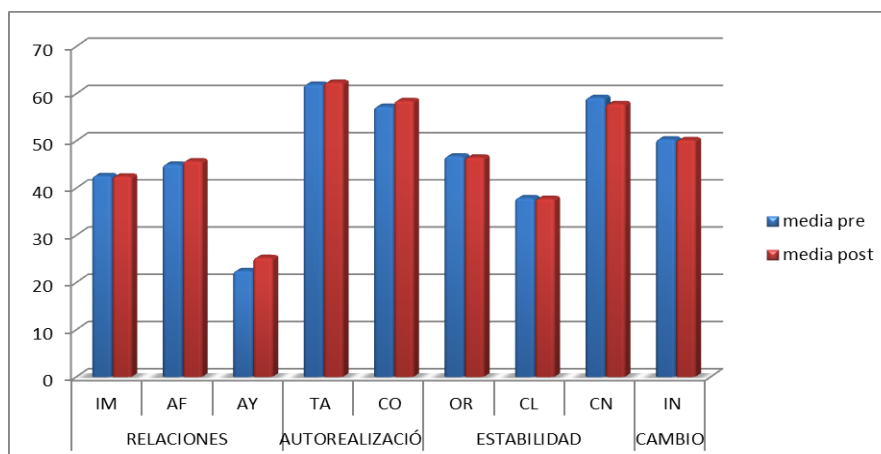
Pasamos a continuación a describir los resultados obtenidos en relación a las puntuaciones obtenidas en la escala de Clima Escolar (CES, Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989) que se derivan de las comparaciones establecidas entre las puntuaciones obtenidas por los maestros en la fase de evaluación pre-intervención y en la fase de post-intervención farmacológica.

Como se puede apreciar en la tabla 15 y el gráfico 4, tras la participación en el programa de intervención farmacológico, los maestros no perciben una mejora significativa en el clima general del aula. Concretamente, no se producen cambios significativos en ninguna de las variables evaluadas excepto en la subescala Ayuda (Z: -2.309; p: ,021; d: 3,07). Es decir, tras la intervención farmacológica los profesores sí experimentan un mayor grado de confianza y de comunicación con el grupo clase.

Tabla 15. Comparación intragrupo del Clima Escolar del grupo farmacológico

		PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO		Z	p	d
		MEDIA	DT	MEDIA	DT			
RELACIONES	IM	42,6	2,96	42,50	3,26	-0,142	,887	0,03
	AF	45	4,63	45,70	4,32	-1,190	,234	-0,15
	AY	22,45	6,12	25,25	5,95	-2,309	,021*	-0,45
AUTORREALZ	TA	61,95	5,38	62,35	4,57	-,730	,465	-0,07
	CO	57,25	4,72	58,50	4,61	-1,387	,166	-0,26
ESTABILIDAD	OR	46,75	4,6	46,50	4,72	-,108	,914	0,05
	CL	37,90	4,3	37,75	3,50	-,172	,863	0,03
	CN	59,15	6,19	57,85	4,76	-1,387	,165	0,21
CAMBIO	IN	50,35	4,79	50,20	5,16	-,187	,851	0,03

Gráfico 4. Comparación intragrupo del Clima Escolar del grupo farmacológico



Intervención Combinada

5.1.6. Nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas sobre TDAH de los maestros del grupo de intervención combinada.

El sexto objetivo que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar el efecto de la intervención combinada sobre los conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH.

Pasamos a continuación a describir los resultados obtenidos por los maestros en la *Escala de conocimientos sobre TDAH* (KADDS, Jarque et al. 2007) en la fase de pretratamiento y postratamiento del grupo grupo de intervención combinado.

En las tablas 16, 17 y 18 pueden observarse los porcentajes medios de “aciertos” (conocimientos), “errores” (falsas creencias) y “lagunas” (desconocimiento) de los maestros en la escala total y en las distintas subescalas, en las fases de pretratamiento y postratamiento del grupo de intervención combinado.

En cuanto a los *conocimientos*, nuestros datos señalan que antes de participar en la intervención, los maestros contestaron correctamente a la mitad de los ítems del cuestionario total ($M = 52,73\%$, $DT = 4,83$). La subescala con más aciertos es la de Síntomas/Diagnóstico ($M = 60,49\%$, $DT = 14,33$), seguida de la subescala de Tratamiento ($M = 57,05\%$, $DT = 9,84$) y finalmente la de Información General ($M = 43,3\%$, $DT = 10,26$). Tras la intervención, los maestros contestaron

correctamente a una media de 78,08% de los ítems (DT= 6,00). La subescala con más aciertos es la de Tratamiento (M= 82,47%, DT= 10,07), seguida de la subescala de Síntomas-Diagnóstico (M= 75,48%, DT= 11,73) y finalmente la de Información General (M= 73,96%, DT= 8,34).

Como puede observarse en la tabla 16, los datos señalan que tras la intervención, el aumento del nivel de conocimientos de los maestros sobre el TDAH es significativo, tanto en la puntuación total ($Z = -3,927$, $p = ,000$) como en las distintas subescalas (Información General: $Z = -3,932$, $p = ,000$; Síntomas-Diagnóstico: $Z = -2,888$, $p = ,004$ y Tratamiento: $Z = -3,835$, $p = ,000$).

Tabla 16. Porcentajes medios de *aciertos* y comparaciones intragrupo de los maestros del grupo combinado

ESCALA	PRETEST		POSTEST		Z	P	d
Total	M	52,73	M	78,08	-3,927	,000**	4,24
	DT	4,83	DT	6,00			
Información General	M	43,30	M	73,96	-3,932	,000**	-2,98
	DT	10,26	DT	8,34			
Síntomas/ Diagnóstico	M	60,49	M	75,48	-2,888	,004**	-1,04
	DT	14,33	DT	11,73			
Tratamiento	M	57,05	M	82,47	-3,835	,000**	2,58
	DT	9,84	DT	10,07			

**p < .01 *p < .05

Los datos relativos a las *concepciones erróneas* señalan que los maestros respondieron de forma incorrecta antes del tratamiento a un 13,97 % de los ítems del cuestionario total (DT= 4,45). La subescala en la que se observan más concepciones erróneas es la de Información General (M= 16,97%, DT= 6,65), seguida de la subescala de Tratamiento (M= 14,13%, DT= 9,00), y la de Síntomas/Diagnóstico (M= 8,88%, DT= 9,92). Tras la intervención combinada, los maestros respondieron de una forma incorrecta a un 10,10 % de los ítems del cuestionario total (DT= 3,52). La subescala en la que se observan más concepciones erróneas es la de Información General (M= 12,29%, DT= 6,23), seguida de la subescala de Síntomas-Diagnóstico (M= 11,65%, DT= 10,48), y Tratamiento (M= 6,22%, DT= 5,94).

Como indica la tabla 17, se produjo un descenso significativo tras el tratamiento en las concepciones erróneas, tanto en la puntuación total del cuestionario ($Z = -2,372$, $p = ,018$), como en las subescalas de Información General ($Z = -2,114$, $p = ,035$) y Tratamiento ($Z = -2,687$, $p = ,007$). No se obtuvo, sin embargo, una reducción de los errores de los maestros en la subescala de Síntomas-Diagnóstico ($Z = - ,900$, $p = ,368$).

Tabla 17. Porcentajes medios de *errores* y comparaciones intragrupo de los maestros del grupo combinado

ESCALA	PRETEST		POSTEST		Z	P	d
Total	M	13.97	M	10.10	-2.372	.018*	0.86
	DT	4.45	DT	3.52			
Información General	M	16.97	M	12.29	-2.114	.035*	0.70
	DT	6.65	DT	6.23			
Síntomas/ Diagnóstico	M	8.88	M	11.65	-.900	.368	-0.27
	DT	9.92	DT	10.48			
Tratamiento	M	14.13	M	6.22	-2.687	.007**	0.87
	DT	9.00	DT	5.94			

**p < .01 *p < .05

Por último, el porcentaje medio de *lagunas* de los maestros (respuesta “no sé”) antes del tratamiento en la escala total es de 33.15% (DT= 6.99) (tabla 18). En relación con las subescalas, se ha observado que donde tienen más lagunas es en Información General (M= 39.63%, DT= 13.58), seguida de la subescala de Tratamiento (M= 28.74%, DT= 11.69), y muy cerca la subescala de Síntomas-Diagnóstico (M= 28.30%, DT= 8.42). Tras la intervención combinada, el porcentaje medio de *lagunas* de los maestros en la escala total es de 12.72% (DT=2.88). La subescala donde tienen más lagunas es la de Síntomas-Diagnóstico (M= 13.87%, DT= 6.10), seguida de la subescala de Información general (M= 12.96%, DT= 5.08), y muy cerca la subescala de Tratamiento (M= 11.20%, DT= 5.56).

En relación con las *lagunas* sobre el trastorno (tabla 18), tras la intervención combinada se produjo una disminución significativa tanto en la puntuación total ($Z = -3.924$, $p = .000$), como en las subescalas (Información General: $Z = -3.829$, $p = .000$; Síntomas-Diagnóstico: $Z = -.473$, $p = .001$ y Tratamiento: $Z = -3.461$, $p = .001$).

Tabla 18. Porcentajes medios de *lagunas* y comparaciones intragrupo de los maestros del grupo combinado

ESCALA	PRETEST		POSTEST		Z	P	d
Total	M	33,15	M	12,72	-3,924	,000**	2,92
	DT	6,99	DT	2,88			
Información General	M	39,63	M	12,96	-3,829	,000**	1,96
	DT	13,58	DT	5,08			
Síntomas Diagnóstico	M	28,30	M	13,87	-3,473	,001**	1,71
	DT	8,42	DT	6,10			
Tratamiento	M	28,74	M	11,20	-3,461	,001**	1,50
	DT	11,69	DT	5,56			

**p < .01 *p < .05

En síntesis, nuestros datos señalaron la existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones aportadas por los maestros entre la fase de pretratamiento y la fase de postratamiento, a favor del posttest, en todas las variables, excepto en los “errores” en la subescala de “Síntomas-Diagnóstico”

(tabla 17). De esta forma, prácticamente todas las variables mejoraron significativamente tras la intervención combinada, señalando un aumento de los conocimientos de los maestros sobre el TDAH, así como una disminución de sus falsas creencias y lagunas.

5.1.7. Análisis del nivel de autoeficacia percibida de los maestros del grupo de intervención combinada

El séptimo objetivo que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar los efectos de la intervención combinada sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros.

Como aparece reflejado en la tabla 19, tras la intervención combinada, los maestros aumentaron de forma significativa su nivel de autoeficacia percibida para afrontar con éxito el proceso de enseñanza-aprendizaje de sus alumnos con TDAH ($Z = -4,008$, $p = ,000$), pasando de una media puntuación de 2.35/7 a una puntuación de 4,75/7.

Tabla 19. Comparación intragrupo de la autoeficacia percibida por los maestros del grupo combinado

	PRETEST		POSTEST		Z	p	d
AUTOEFICACIA PERCIBIDA	M	2,35	M	4,75	-4,008	,000**	-2,58
	DT	0,93	DT	0,96			

**p < .01 *p < .05

5.1.8. Análisis de la sintomatología de TDAH de acuerdo con las estimaciones de los maestros del grupo combinado

El octavo objetivo que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar el efecto de la intervención combinada sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar.

Pasamos a continuación a describir los resultados obtenidos en relación a las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de TDAH (Amador et al., 2005), que se derivan de las comparaciones establecidas entre las puntuaciones obtenidas por los maestros en la fase de evaluación pre-intervención y en la fase de post-intervención combinada.

Los datos relativos a las comparaciones realizadas quedan reflejados en la tabla 20 y el gráfico 5. Se produce un descenso significativo en la sintomatología central de TDAH estimada por sus profesores, tanto en el nivel de inatención

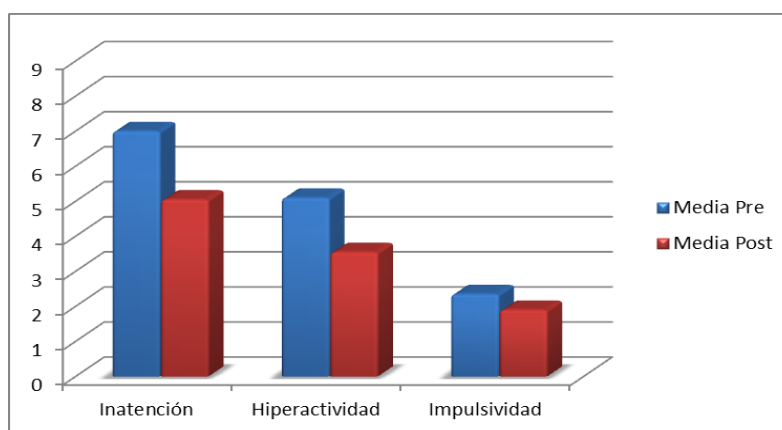
($Z=-3,867$, $p=,000$, $d= 2,21$), como en el de hiperactividad ($Z= -3,834$, $p= ,000$, $d= 1,64$), e impulsividad ($Z= -2,530$, $p= ,000$, $d= 7,27$).

Tabla 20. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros del grupo combinado

	PRETEST		POSTEST		Z	p	d
	Media	DT	Media	DT			
INATENCIÓN	7.00	1.74	5.05	.887	-3,867	,000**	1.12
HIPERACTIVIDAD	5.1	1.16	3.55	.887	-3,834	,000**	1.33
IMPULSIVIDAD	2.35	0.67	1.90	.447	-2,530	,000**	0.67

**p < .01 *p < .05

Gráfico 5. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros del grupo combinado



Tras los análisis estadísticos grupales, realizamos análisis individualizados calculando el porcentaje de mejora de cada uno de los niños tras el tratamiento combinado (Bados y García, 2009). Los resultados indicaron que los profesores observaron que tras el tratamiento combinado todos los niños de la muestra mejoraron sus niveles de inatención e hiperactividad-impulsividad (ver tabla 21). Concretamente, en relación a la inatención, 5 niños mejoraron de un 20-40%, 3 niños de un 40-50% y 2 niños obtuvieron una mejora de más del 50%.

En cuanto a los síntomas de hiperactividad-impulsividad, los profesores observaron que 7 niños de la muestra obtuvieron una mejora del 20-40%, 2 niños del 40-50% y 1 niño de más del 50%. En conjunto, teniendo en cuenta tanto la sintomatología disatencional como hiperactiva-impulsiva, los profesores observaron que tras el tratamiento combinado 3 niños de la muestra no cumplirían el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tabla 21. Porcentaje de mejora estimada por los profesores del grupo combinado en la sintomatología TDAH de cada uno de los niños según la escala DSM-IV-TR (2000)

PROFESORES GRUPO COMBINADO			
niños	PRE I H/I	POST I H/I	% MEJORA I H/I
1	8	5	37
	9	6	33
2	9	6	33
	5	3	40
3	8	4	50
	8	5	37
4	9	4	55
	8	6	25
5	9	5	44
	9	6	33
6	9	5	44
	8	6	25
7	8	6	25
	8	4	50
8	9	4	55
	9	4	55
9	6	4	33
	9	6	33
10	5	4	20
	9	5	44

5.1.9. Análisis del rendimiento académico de los niños estimada por los maestros del grupo combinado

El *noveno objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar los efectos de la intervención combinada sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH.

Se realizaron comparaciones entre los resultados académicos obtenidos en las cuatro áreas instrumentales (matemáticas, castellano, catalán, inglés) del primer y último trimestre del curso de los alumnos con TDAH que participaron en el estudio.

En conjunto, los resultados muestran, que tras la implementación del programa de intervención combinado, los resultados académicos de los niños con TDAH mejoraron en general de forma significativa (tabla 22).

Tabla 22. Comparación intragrupo del rendimiento académico de los alumnos con TDAH del grupo combinado

	PRETEST		POSTEST		Z	p	d
RENDIMIENTO ACADÉMICO	M	4,45	M	4,90	-2,719	0,007**	-1,60
	DT	0,28	DT	0,33			

**p < .01 *p < .05

Si analizamos los resultados en función del área instrumental evaluada (tabla 23), encontramos que aunque se producen mejoras en todas las áreas, sólo

dos de ellas son significativas. Concretamente, en el área de castellano se produce una mejora significativa alcanzando el nivel de aprobado ($Z = -2,828$; $p = 0,005$) y en el área de catalán, que aunque no alcanza el aprobado, presenta también una mejora significativa ($-2,236$; $p = 0,025$). En el área de matemáticas e inglés la mejora en el rendimiento no alcanza la significatividad ($Z = -1,732$; $p = 0,08$; $Z = -1,00$; $p = 0,317$).

Tabla 23. Comparación intragrupo del rendimiento académico por áreas instrumentales de los alumnos del grupo combinado

	PRETEST	POSTEST	Z	p	d
MATEMÁTICAS	M 5,1 DT 0,99	M 5,4 DT 0,96	-1,732	,08	-0,30
CASTELLANO	M 4,2 DT 0,42	M 5 DT 0,47	-2,828	,005**	-1,90
CATALÁN	M 4,1 DT 0,31	M 4,6 DT 0,51	-2,236	,025*	-1,61
INGLÉS	M 4,4 DT 0,51	M 4,6 DT 0,69	-1,000	,317	-0,39

** $p < .01$ * $p < .05$

5.1.10. Análisis del clima escolar percibido por los maestros del grupo combinado

El *décimo objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar el impacto del programa de intervención de tipo combinado sobre el clima escolar de los niños con TDAH.

Pasamos a continuación a describir los resultados obtenidos en relación a las puntuaciones obtenidas en la escala de Clima Escolar (CES, Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989) que se derivan de las comparaciones establecidas entre las puntuaciones obtenidas por los maestros en la fase de evaluación pre-intervención y en la fase de post-intervención.

Como se puede apreciar en la tabla 24 y el gráfico 6, tras la participación en el programa de intervención combinado, los maestros perciben una mejora en el clima general del aula.

Concretamente, en cuanto a la calidad de las *Relaciones*, consideran que tras la intervención combinada, ha aumentado significativamente el grado en que los estudiantes están integrados en la clase, se apoyan y ayudan entre sí. Perciben que los alumnos muestran más interés por las actividades de la clase y participan más en los coloquios (*Implicación*. $Z = -2,997$; $p = 0,003$; $d = 1,54$). Además, el profesor considera que ha aumentado de forma significativa la comunicación con sus

alumnos y su confianza en ellos (*Ayuda*. Z: -3,953; p: 0,000; d: 3,07). No ocurre así en el nivel de amistad que percibe entre los alumnos y cómo se ayudan en sus tareas, no apareciendo diferencias significativas en este sentido tras la intervención (*Afiliación*. Z: -1,000; p: 0,317; d: -0,11). Sin embargo, hay que destacar que las puntuaciones en el pretest ya se situaban dentro de la media funcional, y tras la intervención el grado de amistad entre los alumnos del grupo clase se mantiene

En cuanto a la *Autorrealización*, tras la participación en la intervención grupal de maestros, disminuye de forma muy significativa la importancia que da el profesor a la terminación de las tareas programadas, poniendo menos énfasis en los resultados y más en los procesos, así como en dedicar más tiempo de la clase para comentar cosas no relacionadas directamente con el tema (*Tareas*. Z: -3,772; p: 0,000; d: -2,18). Aumenta también de forma significativa la importancia que el profesor da al esfuerzo que el alumno realiza en la realización de las tareas (*Competitividad*. Z: -3,452; p: 0,001; d: 2,35).

En relación a la *Estabilidad* del grupo clase, tras la aplicación de la intervención grupal para maestros, éstos perciben una mejora significativa en todas las variables. Concretamente, en la importancia que se da al orden, a la organización y a las buenas maneras en la realización de las tareas escolares (*Organización*. Z: -3,785; p: 0,000; d: 3,70); en la importancia que se da al establecimiento y seguimiento de unas normas claras y al conocimiento por parte de los alumnos de las consecuencias de su incumplimiento (*Claridad*. Z: -3,847; p: 0,000; d: 3,92) y en el grado en que el profesor es estricto en el cumplimiento de las normas y en las consecuencias de su incumplimiento (*Control*. Z: -3,745; p: 0,000; d: 3,09).

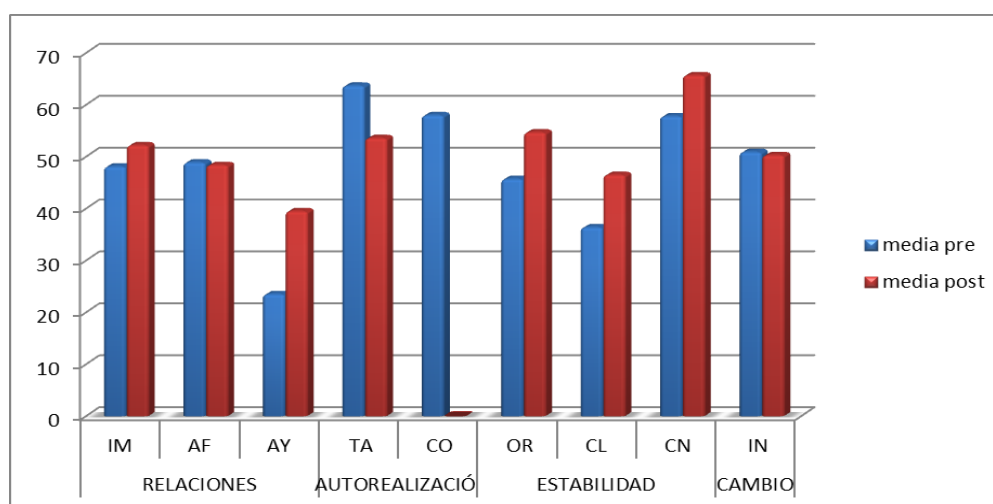
Por último, tras la intervención combinada, los maestros no perciben mejoras significativas en cuanto a su grado de innovación o *Cambio* en el planteamiento de las actividades escolares ni en nuevas técnicas para favorecer la creatividad del alumno (*Innovación*. z: -0,612; p: 0,541). No obstante, valorando los resultados del pretest, este grupo de maestros de inicio ya era bastante creativo en el uso de nuevas tecnologías y en técnicas para favorecer la creatividad del alumno, obteniendo puntuaciones medias dentro de la normalidad.

Tabla 24. Comparación intragrupo del Clima Escolar del grupo combinado

		PRETRATAMIENTO		POSTRATAMIENTO		z	p	d
		MEDIA	DT	MEDIA	DT			
RELACIONES	IM	48,1	3,8	52,2	2,66	-2,997	,003**	-1,07
	AF	48,9	4,1	48,4	4,2	-1,000	0,317	0,12
	AY	23,5	6,2	39,5	5,2	-3,953	,000**	-2,58
AUTORREALIZ.	TA	63,7	4,3	53,6	4,6	-3,772	,000**	2,34
	CO	58	4,7	63,75	2,44	-3,452	,001**	-1,22
ESTABILIDAD	OR	45,7	4,6	54,7	2,44	-3,785	,000**	-1,95
	CL	36,4	3,9	46,5	2,56	-3,847	,000**	-2,58
	CN	57,8	5,1	65,7	2,55	-3,745	,000**	-1,54
CAMBIO	IN	50,9	5,2	50,3	3,21	-0,612	0,541	0,11

**p < .01 *p < .05

Gráfico 6. Comparación intragrupo del Clima Escolar del grupo combinado



Comparaciones entre los grupos farmacológico y combinado

5.1.11. Nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre el TDAH del grupo de intervención farmacológica versus combinada.

El *decimoprimer objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH. Compararemos en primer lugar los resultados obtenidos por cada uno de los grupos en la fase de pretratamiento y a continuación los resultados obtenidos en la fase de postratamiento.

En las tablas 25, 26 y 27 pueden compararse los porcentajes medios de “aciertos” (conocimientos), “errores” (falsas creencias) y “lagunas”

(desconocimiento) de los maestros del grupo de farmacológico y del grupo combinado en la escala total y en las distintas subescalas, en la fase de pretratamiento.

La comparación de los resultados obtenidos por los dos grupos de tratamiento en el nivel de *conocimientos* antes de participar en la intervención, indica que ambos grupos eran equivalentes ($Z=-,125$ $p=,901$). Concretamente, no aparecen diferencias significativas en el nivel de aciertos de la subescala de Información General ($Z=-,028$, $p=,978$), ni en la subescala de Síntomas/Diagnóstico ($Z=-,811$, $p=,417$), ni en la de Tratamiento ($Z=-,336$, $p=,737$).

Tabla 25. Porcentajes medios de *aciertos* y comparaciones entregupos de intervención farmacológico y combinado de los maestros en la fase pretratamiento

ESCALA	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
Total	M	52,8	M	52,73	-,125	,901
	DT	5,28	DT	4,83		
Información General	M	43,30	M	43,30	-,028	,978
	DT	9,55	DT	10,26		
Síntomas/ Diagnóstico	M	64,38	M	60,49	-,811	,417
	DT	12,26	DT	14,33		
Tratamiento	M	56,22	M	57,05	-,336	,737
	DT	10,77	DT	9,84		

**p < .01 *p < .05

La comparación de los datos relativos a las *concepciones erróneas* (tabla 26) señalan que, antes de iniciar la intervención, no habían diferencias significativas entre los dos grupos de tratamiento, ni en la escala total ($Z=-,480$, $p=,631$), ni en el resto de escalas (Información. $Z=-,480$, $p=,631$; Síntomas Diagnóstico. $Z=-,494$, $p=,621$; Tratamiento. $Z=-,139$, $p=,889$).

Tabla 26. Porcentajes medios de *errores* y comparaciones entregupo de intervención farmacológico y combinado de los maestros en la fase pretratamiento

ESCALA	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
Total	M	13,15	M	10,10	-,480	,631
	DT	5,68	DT	3,52		
Información General	M	15,96	M	12,29	-,494	,621
	DT	7,6	DT	6,23		
Síntomas/Diagnóstico	M	6,8	M	11,65	-1,000	,317
	DT	11,54	DT	10,48		
Tratamiento	M	14,55	M	6,22	-,139	,889
	DT	11,73	DT	5,94		

**p < .01 *p < .05

Por último, tal y como aparece reflejado en la tabla 27, la comparación del porcentaje medio de *lagunas* obtenidas por los maestros antes de iniciar el tratamiento, indica que no habían diferencias significativas entre los grupos de

tratamiento ni en la escala total ($Z=-,732$, $p=,464$), ni en el resto de escalas (Información. $Z=-,549$, $p=,583$; Síntomas Diagnóstico. $Z=-,504$, $p=,614$; Tratamiento, $Z=-,224$, $p=,823$).

Tabla 27. Porcentajes medios de *lagunas* y comparaciones entregupo de intervención farmacológico y combinado de los maestros en la fase pretratamiento

Escala	Tratamiento Farmacológico		Tratamiento Combinado		Z	p
Total	M	34,35	M	33,15	-,732	,464
	DT	7,52	DT	6,99		
Información General	M	41,64	M	39,63	-,549	,583
	DT	10,78	DT	13,58		
Síntomas/Diagnóstico	M	27,19	M	28,30	-,504	,614
	DT	8,42	DT	8,42		
Tratamiento	M	29,13	M	28,74	-,224	,823
	DT	10,65	DT	11,69		

**p < .01 *p < .05

Pasamos a continuación a comparar los porcentajes medios de “aciertos” (conocimientos), “errores” (falsas creencias) y “lagunas” (desconocimiento) de los maestros del grupo de farmacológico y del grupo combinado en la escala total y en las distintas subescalas, en la fase de postratamiento.

La comparación de los resultados obtenidos tras la intervención por los dos grupos en el nivel de *conocimientos* indica que, los maestros del grupo combinado disponen de más conocimientos tanto a nivel general ($Z=-5,427$, $p=,000^{**}$), como en cada una de las escalas (Información. $Z=-,5416$, $p=,000^{**}$; Síntomas Diagnóstico. $Z=-2,871$, $p=,000^{**}$; Tratamiento. $Z=-5,273$, $p=,000^{**}$), en comparación con el grupo de farmacológico (tabla 28).

Tabla 28. Porcentajes medios de *aciertos* y comparaciones entregrupos farmacológico y combinado de maestros en la fase postratamiento

ESCALA	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
Total	M	51,9	M	78,08	-5,414	,000**
	DT	6,17	DT	6,00		
Información General	M	43,96	M	73,96	-5,416	,000**
	DT	9,77	DT	8,34		
Síntomas/ Diagnóstico	M	63,27	M	75,48	-2,871	,004**
	DT	11,44	DT	11,73		
Tratamiento	M	53,31	M	82,47	-5,273	,000**
	DT	9,51	DT	10,07		

**p < .01 *p < .05

La comparación de los datos relativos a las *concepciones erróneas* señalan que, tras la intervención (ver tabla 29), el grupo combinado presenta significativamente menos errores en la escala Total ($Z=-3,057$, $p=,002^{**}$), y en la subescala de Tratamiento ($Z=-3,850$, $p=,000^{**}$), En la subescala de Síntomas

Diagnóstico y en la de Información general, aunque el número de errores también es menor en el grupo combinado, las diferencias con el grupo de farmacológico no son significativas (Síntomas Diagnóstico. $Z=-,370$, $p=,711$; Información general. $Z=-1,712$, $p=,087$),

Tabla 29. Porcentajes medios de *errores* y comparaciones entregupos farmacológico y combinado de los maestros en la fase postratamiento

ESCALA	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
Total	M	15,17	M	10,10	-3,057	,002**
	DT	4,95	DT	3,52		
Información General	M	15,97	M	12,29	-1,712	,087
	DT	7,62	DT	6,23		
Síntomas/Diagnóstico	M	12,76	M	11,65	-,370	,711
	DT	9,71	DT	10,48		
Tratamiento	M	19,54	M	6,22	-3,850	,000**
	DT	11,23	DT	5,94		

**p < .01 *p < .05

Por último, existen diferencias significativas en el porcentaje de lagunas de ambos grupos de maestros tras la intervención a favor del grupo combinado en todas las escalas (Total $Z=-5,273$, $p=,000$ **; Información. $Z=-5,409$, $p=,000$ **; Síntomas Diagnóstico. $Z=-3,232$, $p=,000$ **; Tratamiento. $Z=-4,967$, $p=,000$ **) (tabla 30).

Tabla 30. Porcentajes medios de *lagunas* y comparaciones entregupo de los maestros en la fase postratamiento

ESCALA	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
Total	M	35.04	M	12.72	-5.273	.000**
	DT	10.99	DT	2.88		
Información General	M	39.30	M	12.96	-5.409	.000**
	DT	10.57	DT	5.08		
Síntomas/Diagnóstico	M	23.86	M	13.87	-3.232	.001**
	DT	10.35	DT	6.10		
Tratamiento	M	27.05	M	11.20	-4.967	.000**
	DT	9.32	DT	5.56		

**p < .01 *p < .05

5.1.12. Análisis comparativo del nivel de autoeficacia percibida de los maestros del grupo de intervención farmacológica versus combinada

El *duodécimo objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio fue comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros.

Como refleja la tabla 31 y el gráfico 7 en la fase de pretratamiento el nivel de autoeficacia era equivalente entre los grupos de maestros ($Z= -.841$; $p=.400$).

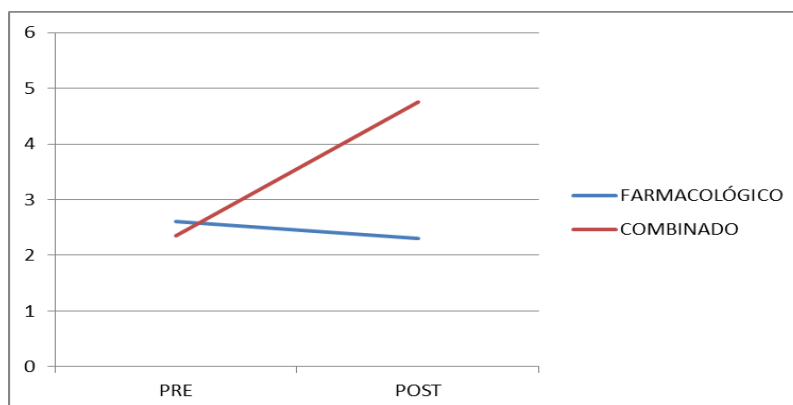
Posteriormente, tras la intervención, el nivel de autoeficacia percibida por los profesores del grupo combinado supera a la del grupo farmacológico, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($Z = -5.150$; $p = .000^{**}$).

Tabla 31. Comparación entre grupos de la autoeficacia percibida por los maestros en la fase pretratamiento y postratamiento

	PRETRATAMIENTO				POSTRATAMIENTO						
	FARMAC		COMB		Z	p	FARMAC	COMB	Z	p	
AUTOEFICACIA PERCIBIDA	M DT	2,6 0,88	M DT	2,35 0,93	-8,41	,400	M DT	2,3 0,92	M DT	4,75 0,96	-5,150 ,000**

** $p < .01$ * $p < .05$

Gráfico 7. Comparación entre grupos de la autoeficacia percibida por los maestros en la fase pretratamiento y postratamiento



5.1.13. Análisis comparativo de la sintomatología de TDAH de acuerdo con las estimaciones de los maestros del grupo de intervención farmacológica versus combinada.

El *decimotercer objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en comparar el efecto diferencial una intervención farmacológica versus una combinada sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar.

Pasamos a continuación a describir en primer lugar los resultados obtenidos en relación a las comparaciones realizadas entre los grupos en la fase de pretratamiento y posteriormente las comparaciones realizadas en la fase de postratamiento.

Como puede observarse en la tabla 32, los resultados indican que antes de iniciar el tratamiento, no se encontraron diferencias significativas en las estimaciones realizadas por los profesores de cada grupo de tratamiento sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar (Inatención, $Z = -.114$, $p = .909$; Hiperactividad, $Z = -.112$, $p = .911$; Impulsividad, $Z = -.270$, $p = .787$). Es decir, en un inicio, la muestra de niños seleccionada para formar parte del grupo de farmacológico presentaba un nivel de severidad en la sintomatología del TDAH estimada por sus profesores, similar a la que presentaba el grupo combinado.

Tabla 32. Comparación entre grupos de la percepción de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros en la fase pretratamiento

	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
	Media	DT	Media	DT		
Inatención	7,05	1,70	7,00	1,74	-,114	,909
Hiperactividad	5,05	1,09	5,1	1,16	-,112	,911
Impulsividad	2,3	,65	2,35	0,67	-,270	,787

**p < .01 *p < .05

Posteriormente, en la fase de postratamiento, se produce un descenso en la severidad de la sintomatología de TDAH estimada por los profesores de ambos grupos de tratamiento, aunque las diferencias entre los dos grupos no resultan ser estadísticamente significativas en inatención ($Z = -.553$; $p = .580$), ni en hiperactividad ($Z = -.798$; $p = .425$) ni en impulsividad ($Z = -1,845$; $p = .065$) (tabla 27).

Tabla 33. Comparación entre grupos de la percepción de la sintomatología de TDAH estimada por los maestros en la fase postratamiento

	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
	Media	DT	Media	DT		
Inatención	5,2	3,8	5,05	,887	-,553	,580
Hiperactividad	3,8	,83	3,55	,887	-,798	,425
Impulsividad	1,6	,59	1,90	,447	-1,845	,065

**p < .01 *p < .05

5.1.14. Análisis comparativo del rendimiento académico estimado por los maestros del grupo de intervención farmacológica versus combinada.

El *decimocuarto objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH.

Pasamos a continuación a describir en primer lugar los resultados obtenidos en relación a las comparaciones realizadas entre los grupos en la fase de pretratamiento y posteriormente las comparaciones realizadas en la fase de postratamiento.

En la fase de pretratamiento, como indican los resultados de la tabla 34, habían diferencias estadísticamente significativas entre el rendimiento académico en las áreas de castellano y catalán entre los grupos de alumnos comparados, a favor del grupo farmacológico ($Z=-2,238$, $p=,025^*$; $Z=2,285$, $p=,022^*$). Sin embargo, en las áreas de matemáticas y de inglés, el rendimiento académico de los grupos era similar, siendo las diferencias entre ellos estadísticamente no significativas ($Z=-1,088$, $p=,277$; $Z=-,765$, $p=,445$).

Tabla 34. Comparación entre grupos del rendimiento académico de los alumnos por áreas instrumentales en la fase de pre-tratamiento

	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
MATEMÁTICAS	M	4,7	M	5,1	-1,088	,277
	DT	1,05	DT	0,99		
CASTELLANO	M	4,8	M	4,2	-2,238	,025*
	DT	0,63	DT	0,42		
CATALÁN	M	4,6	M	4,1	-2,285	,022*
	DT	0,51	DT	0,31		
INGLÉS	M	4,7	M	4,4	-,765	,445
	DT	0,82	DT	0,51		

**p < .01 *p < .05

Tras el tratamiento, tal y como reflejan los resultados de la tabla 35, el rendimiento de los niños con TDAH del grupo combinado mejora en todas las áreas, pero sólo alcanzando el nivel de aprobado en el área de matemáticas. Todo lo contrario a lo que sucede con el rendimiento de los niños del grupo farmacológico, que empeora ligeramente en todas las áreas. No obstante, las comparaciones entre grupos nos indican que sólo en el área de matemáticas las diferencias en el rendimiento académico de los niños es estadísticamente significativa, a favor del grupo combinado. En el área de castellano y catalán, aunque el grupo combinado mejora e incluso alcanza al rendimiento del grupo farmacológico de la fase pretest, que era significativamente superior, no alcanza una puntuación suficiente para que se encuentren en la fase postratamiento diferencias significativas entre los grupos a favor del combinado.

Tabla 35. Comparación entre grupos del rendimiento académico de los alumnos por áreas instrumentales en la fase de postratamiento

	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
MATEMÁTICAS	M	4,4	M	5,4	-2,408	,016*
	DT	0,51	DT	0,96		
CASTELLANO	M	4,8	M	5	-,976	,329
	DT	0,42	DT	0,47		
CATALÁN	M	4,5	M	4,6	-,438	,661
	DT	0,52	DT	0,51		
INGLÉS	M	4,4	M	4,6	-,965	,335
	DT	0,51	DT	0,69		

**p < .01 *p < .05

5.1.15. Análisis comparativo del clima escolar percibido por los maestros del grupo de intervención farmacológica versus combinada

El *decimoquinto objetivo* que nos planteamos en nuestro estudio consistía en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima escolar de los niños con TDAH.

Describiremos en primer lugar los resultados relativos a las comparaciones entre los grupos en la fase de pretratamiento, para pasar a describir posteriormente las comparaciones realizadas en la fase de postratamiento.

En la fase de pretratamiento, no aparecen diferencias significativas entre los grupos en la mayoría de variables analizadas del Clima Escolar (tabla 36). Sólo en la escala de Relaciones, y concretamente en la subescala de Implicación y de Afiliación, aparecen diferencias significativas entre los grupos, a favor del grupo combinado ($Z = -4,016$, $p = .000^{**}$, $Z = -2,628$, $p = .000^{**}$, respectivamente). Es decir, antes de la intervención en el grupo combinado era mayor el grado de participación y de amistad entre los alumnos del grupo clase.

Tabla 36. Comparación entre grupos del Clima escolar en la fase de pre-tratamiento

		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
		MEDIA	DT	MEDIA	DT		
RELACIONES	IM	42,6	2,96	48,1	3,8	-4,016	,000**
	AF	45	4,63	48,9	4,1	-2,628	0,009**
	AY	22,45	6,12	23,5	6,2	-,358	,720
AUTORREALIZACIÓN	TA	61,95	5,38	63,7	4,3	-,775	,439
	CO	57,25	4,72	58	4,7	-,625	,532
ESTABILIDAD	OR	46,75	4,6	45,7	4,6	-,803	,422
	CL	37,90	4,3	36,4	3,9	-,779	,436
	CN	59,15	6,19	57,8	5,1	-,584	,559
CAMBIO	IN	50,35	4,79	50,9	5,2	-,412	,681

**p < .01 *p < .05

Tras la intervención, los datos señalan que hay diferencias significativas en el nivel de mejora percibido en el clima escolar a favor del grupo combinado (tabla 37 y gráfico 8). Concretamente, el grupo combinado mejora de forma significativa en mayor medida el nivel de relaciones, en comparación con el grupo farmacológico. Es decir, en el grupo combinado aumenta de forma significativa en comparación con el farmacológico el grado de implicación de sus alumnos ($Z = -5,402$; $p = ,000^{**}$); el nivel de amistad ($Z = -1,945$; $p = 0,052^{*}$) y el grado de ayuda y preocupación del profesor por sus alumnos ($Z = -5,256$; $p = ,000^{**}$).

También aparecen mejoras significativas a favor del grupo combinado en el grado de autorrealización, en comparación con el grupo experimental. El profesor del grupo combinado pone más énfasis en los procesos que en los resultados de las tareas ($Z = -4,370$; $p = ,000^{**}$) y da más importancia al esfuerzo en la consecución de los logros ($Z = -3,706$; $p = ,000^{**}$) que el profesor del grupo farmacológico.

Tabla 37. Comparación entre grupos en el Clima Escolar postratamiento

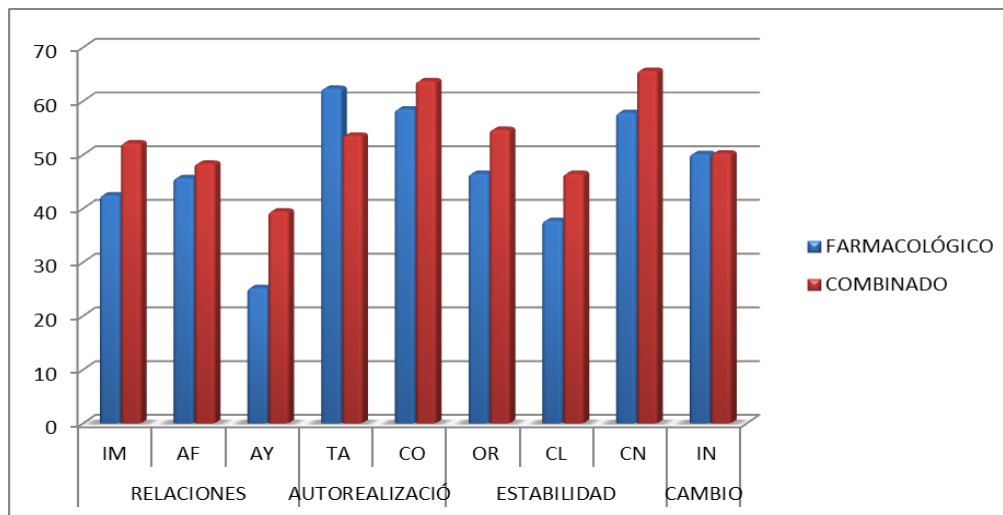
		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	P
		MEDIA	DT	MEDIA	DT		
RELACIONES	IM	42.50	3.26	52,2	2,66	-5.402	,000**
	AF	45.70	4,32	48,4	4,2	-1,945	0,052*
	AY	25.25	5.95	39,5	5,2	-5.256	,000**
AUTORREALIZ.	TA	62.35	4,57	53,6	4,6	-4.370	,000**
	CO	58.50	4.61	63.75	2.44	-3.706	,000**
ESTABILIDAD	OR	46.50	4.72	54,7	2,44	-4.796	,000**
	CL	37.75	3.50	46,5	2,56	-5.156	,000**
	CN	57.85	4.76	65,7	2,55	-4.612	,000**
CAMBIO	IN	50,20	5.16	50,3	3,21	-.072	0,942

**p < .01 *p < .05

Asimismo, el grupo de maestros del grupo combinado considera que el grado de estabilidad de su clase es significativamente superior al grupo de maestros del grupo farmacológico. Así, los maestros del grupo combinado dan más importancia al orden y a la organización en la realización de las tareas ($Z = 4,796$; $p = ,000^{**}$) en comparación con el grupo farmacológico; dan más importancia al establecimiento de unas normas claras y al conocimiento por parte de los alumnos de las consecuencias de su incumplimiento ($Z = -5,156$; $p = ,000^{**}$) y

muestran un mayor control del aula ($Z = -4,612$; $p = ,000^{**}$) en comparación con el grupo farmacológico.

Gráfico 8. Comparación entre grupos en el Clima Escolar postratamiento



Asimismo, el grupo de maestros del grupo combinado considera que el grado de estabilidad de su clase es significativamente superior al grupo de maestros del grupo farmacológico. Así, los maestros del grupo combinado dan más importancia al orden y a la organización en la realización de las tareas ($Z = 4,796$; $p = ,000^{**}$) en comparación con el grupo farmacológico; dan más importancia al establecimiento de unas normas claras y al conocimiento por parte de los alumnos de las consecuencias de su incumplimiento ($Z = -5,156$; $p = ,000^{**}$) y muestran un mayor control del aula ($Z = -4,612$; $p = ,000^{**}$) en comparación con el grupo farmacológico.

Por último, no aparecen diferencias significativas entre los dos tipos de tratamiento en cuanto a la introducción de nuevas técnicas o tecnologías en el grupo clase ($Z = -,072$; $p = 0,942$).

5.2. Análisis de los resultados obtenidos en el contexto familiar

Intervención Farmacológica

5.2.1. *Clima familiar percibido por los padres y madres de los niños del grupo de intervención farmacológica*

El *primer objetivo* dentro del contexto familiar que nos planteamos en nuestro estudio consistía en analizar los efectos de una intervención farmacológica sobre el clima familiar de los niños con TDAH.

Describiremos a continuación los resultados en relación a las puntuaciones de los padres en la escala de Clima Familiar (FES, Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989) derivados de las comparaciones entre la fase pretratamiento y postratamiento.

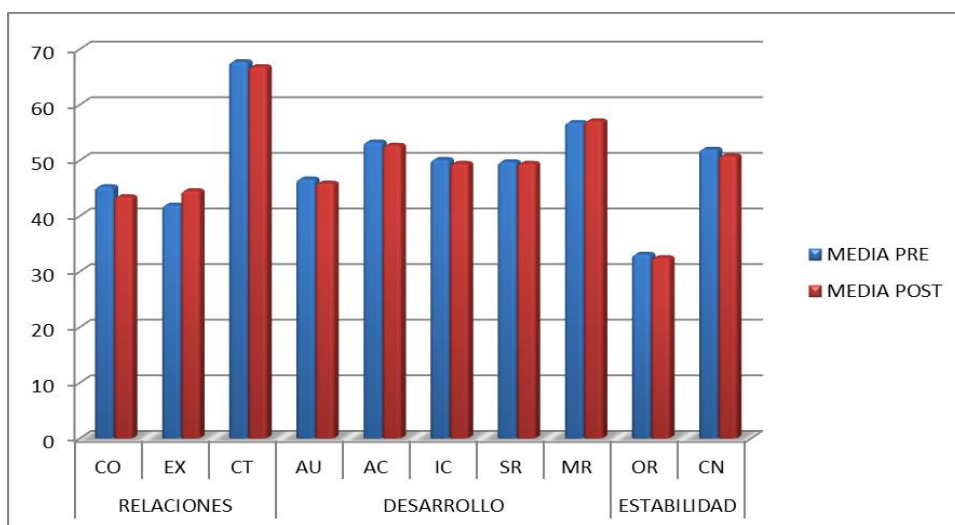
Como se puede apreciar en la tabla 38 y el gráfico 9, tras la aplicación de la intervención farmacológica, no se produce una mejora en el Clima Familiar. Es más, en dos variables se produce un empeoramiento significativo: en la subescala de cohesión ($Z = -1,916$, $p = ,055^*$) y en la subescala de Control ($Z = -2,000$, $p = ,046^*$). Es decir, tras la intervención farmacológica los padres perciben una disminución significativa del grado en que los miembros se ayudan y apoyan entre sí y en grado en el que la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Tabla 38. Comparación intragrupo del Clima familiar en el grupo farmacológico

		PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO		z	p	d
		MEDIA	DT	MEDIA	DT			
RELACIONES	CO	45,25	3,58	43,45	3,51	-1,916	,055*	0,50
	EX	41,95	8,77	44,55	5,50	-1,768	,077	-0,29
	CT	67,75	8,2	66,85	15,48	-1,200	,230	0,10
DESARROLLO	AU	46,65	8,82	45,90	8,73	-,478	,633	0,08
	AC	53,3	7,40	52,70	6,44	-,343	,732	0,08
	IC	50,15	7,87	49,45	7,66	-,517	,605	0,08
	SR	49,75	3,27	49,45	3,13	-,577	,564	0,09
	MR	56,80	6,10	57,10	5,59	-,447	,655	-0,04
ESTABILIDAD	OR	33,10	5,59	32,50	4,71	-,632	,527	0,10
	CN	52,00	4,12	50,80	2,82	-2,000	,046*	0,29

**p < .01 *p < .05

Gráfico 9. Comparación intragrupo del Clima familiar en el grupo farmacológico



5.2.2. Sintomatología central de TDAH estimada por los padres y madres del grupo de intervención farmacológica.

El *segundo objetivo* dentro del contexto familiar que nos planteamos fue analizar el efecto de la intervención farmacológica sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.

Como muestra la tabla 39, tras la intervención farmacológica, los padres perciben una mejora significativa en la sintomatología central del trastorno que padecen sus hijos. Es decir, disminuyen de forma significativa las dificultades que perciben en sus hijos a nivel atencional ($Z = -3,345$; $p: ,001^{**}$; $d: 0,59$), en hiperactividad ($Z = -3,508$; $p: ,000$; $d: 0,73$) e impulsividad ($Z = -3,638$; $p: ,000^{**}$; $d: 1,22$).

Tabla 39. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los padres en el grupo farmacológico.

	Pre-Tratamiento		Post-Tratamiento		z	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Inatención	6,35	2,20	5,05	1,43	-3,345	,001**	0,59
Hiperactividad	4,60	1,50	3,50	1,14	-3,508	,000**	0,73
Impulsividad	2,20	,61	1,45	0,60	-3,638	,000**	1,22

** $p < .01$ * $p < .05$

Tras los análisis estadísticos grupales se realizaron análisis individualizados calculando el porcentaje de mejora de cada niño tras la intervención (tabla 40).

Tabla 40. Porcentaje de mejora estimada por los padres del grupo farmacológico en la sintomatología TDAH según la escala DSM-IV-TR (2000)

PADRES GRUPO FARMACOLÓGICO			
niños	PRE I H/I	POST I H/I	% MEJORA I H/I
1	6	5	16
	6	4	33
2	5	5	0
	8	6	25
3	6	5	16
	6	6	0
4	9	6	33
	5	4	20
5	8	6	25
	8	6	25
6	5	5	0
	7	5	28
7	2	2	0
	8	6	25
8	5	3	40
	7	7	0
9	9	6	33
	5	4	20
10	6	4	33
	7	6	14

En cuanto al nivel de inatención, los padres señalan que tras la intervención farmacológica, 3 niños no obtuvieron ningún tipo de mejora tras el tratamiento, 2 niños mejoraron hasta un 20% y 5 niños de un 20 a un 40%. Por su parte, en relación al nivel de hiperactividad-impulsividad, 2 niños no obtuvieron ninguna mejora después del tratamiento, 3 niños mejoraron hasta un 20% y 5 niños mejoraron de un 20 a un 40%. Teniendo en cuenta las puntuaciones de inatención y de hiperactividad-impulsividad conjuntamente, según las estimaciones realizadas por los padres tras el tratamiento farmacológico, 2 niños de la muestra (el nº 1 y el nº 6 de la tabla 40), no cumplirían con el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Intervención combinada

5.2.3. Clima familiar percibido por los padres y madres del grupo de intervención combinada

El *tercer objetivo* que nos planteamos dentro del contexto familiar consistía en analizar los efectos de una intervención combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.

Describiremos a continuación los resultados obtenidos en la escala de Clima Familiar (FES, Fernández-Ballesteros y Sierra, 1989) obtenidos por los padres en la fase de pretest y postest.

Tras la aplicación del programa de intervención de tipo combinado, los padres perciben una mejora significativa en el Clima Familiar tanto en las relaciones como en el desarrollo y nivel de estabilidad de la familia (tabla 41 y gráfico 10).

Concretamente, respecto a las *relaciones familiares*, se produce una mejora significativa tras el programa de intervención en el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y se apoyan entre sí (Cohesión. Z: -3,730; p: 0,000**; d: 2,66) así como en el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar *libremente y a expresar directamente sus sentimientos* (Expresividad. Z: -0,179; p: 0,001**; d: 2,22). También aumenta, aunque en el límite de la significación, el grado en que expresan abiertamente el enfado y el conflicto entre los miembros de la familia (Conflicto. Z:-1,978; p: 0.048*; d: 1,27).

Tabla 41. Comparación intragrupo del Clima familiar del grupo combinado

		PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO		z	p	d
		MEDIA	DT	MEDIA	DT			
RELACIONES	CO	44,8	4,7	57,8	4,8	-3,730	,000**	-2,76
	EX	41,9	9,4	55,1	5,9	-3,179	,001**	-1,40
	CT	68,0	8,3	73,5	4,3	-1,978	,048*	-0,66
DESARROLLO	AU	50,1	9,5	64,6	5,2	-3,197	,001**	-1,52
	AC	54,3	7,7	55,6	4,8	-0,748	0,454	-0,16
	IC	51,3	6,3	52,8	4,09	-0,144	0,886	-0,23
	SR	54,2	5,7	64,8	6,1	-3,537	,000**	-1,85
	MR	53,5	7,5	53,2	6,1	-1,107	0,268	0,13
ESTABILIDAD	OR	36,1	6,2	49,8	4,5	-3,739	,000**	-2,20
	CN	56,9	5,6	64,8	5,0	-3,190	,001**	-1,41

**p < .01 *p < .05

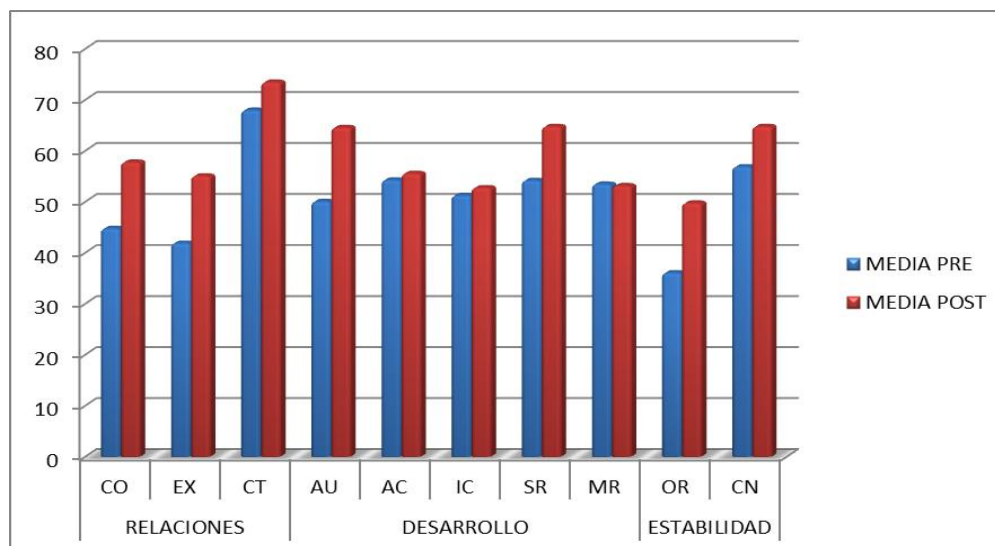
En relación al *Desarrollo personal de la familia*, se produce asimismo una mejora significativa tras la aplicación de la intervención en el grado en que los miembros de la familia *están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones* (Autonomía. Z: -3,197; p: 0.001**; d: 2,76) y en el grado de participación en actividades sociales y recreativas (Social-recreativa. z:-3,537; p: 0,000**; d: 1,73).

Por el contrario, no aparecen mejoras significativas tras la intervención en el grado en que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitiva (Actuación. Z: -0,748; p: 0,454); en el grado de interés en las

actividades políticas, sociales, intelectuales o culturales (Intelectual-cultural. $Z: -0,144$; $p: 0,886$), ni en importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso (Moralidad-Religiosidad. $Z: -1,107$; $p: 0,268$).

Por último, en cuanto a la *Estabilidad familiar*, valorada como la estructura y organización percibida en la familia así como el grado de control que se ejerce sobre los hijos, tras la aplicación de la intervención se producen mejoras significativas tanto en la importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia (Organización. $Z: -3,739$; $p: 0,000^{**}$; $d: 2,99$), como en el grado en que la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (Control. $Z: -3,190$; $p: 0,001^{**}$; $d: 1,56$).

Gráfico 10. Comparación intragrupo del Clima familiar del grupo combinado



5.2.4. Sintomatología central de TDAH estimada por los padres y madres del grupo de intervención combinada

El *cuarto objetivo* que nos planteamos en el contexto familiar consistía en analizar el efecto de la intervención de tipo combinado sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.

Como reflejan la tabla 42 y el gráfico 11, tras la aplicación de la intervención combinada, los padres perciben una mejora significativa en la sintomatología central del trastorno que padecen sus hijos. Es decir, disminuyen de forma significativa las dificultades que perciben en sus hijos a nivel atencional

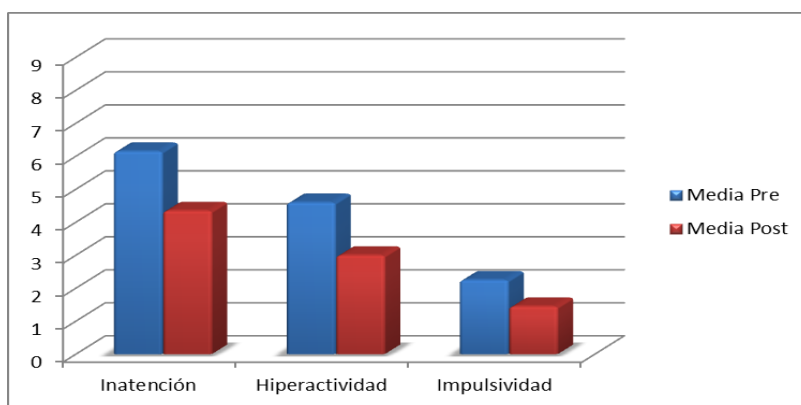
(Z: -3,663; p: 0,000; d: 1,26), en hiperactividad (Z: -3,699; p: 0,000; d: 1,7) e impulsividad (Z: -3,557; p: 0,000; d: 1,5).

Tabla 42. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los padres del grupo combinado

	PRETRATAMIENTO		POSTRATAMIENTO		Z	p	d
	Media	DT	Media	DT			
INATENCIÓN	6,15	2,34	4,35	1,42	-3,663	0,000**	0,76
HIPERACTIVIDAD	4,60	1,53	3,0	,91	-3,699	0,000**	1,04
IMPULSIVIDAD	2,25	,63	1,45	,51	-3,557	0,000**	1,26

**p < .01 *p < .05

Gráfico 11. Comparación intragrupo de la sintomatología de TDAH estimada por los padres del grupo combinado



Tras los análisis estadísticos grupales, realizamos análisis clínicos individualizados mediante el cálculo del porcentaje de mejora de cada uno de los niños tras la intervención (Bados y García, 2009). Como puede observarse en la tabla 43, según los padres todos los niños de la muestra mejoraron tras el tratamiento combinado. Concretamente, a nivel atencional 3 niños mejoraron entre un 20-40%, 5 niños entre un 40-50% y 2 niños mejoraron más de un 50%. En cuanto a la sintomatología de hiperactividad-impulsividad, 2 niños mejoraron entre un 20 y un 40%, 4 niños entre 40-50% y 4 niños mejoraron más del 50%. En conjunto, teniendo en cuenta las valoraciones de los padres tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad, 9 niños de la muestra (todos menos el nº 2 de la tabla 43) no cumplirían con el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tabla 43. Porcentaje de mejora estimada por los padres del grupo combinado en la sintomatología TDAH según la escala DSM-IV-TR (2000)

PADRES GRUPO COMBINADO			
niños	PRE I H/I	POST I H/I	% MEJORA I H/I
1	6	4	33
	9	5	44
2	9	6	33
	5	3	40
3	7	3	57
	9	4	55
4	3	2	33
	9	4	55
5	6	3	50
	8	4	50
6	9	5	44
	9	5	44
7	9	5	44
	5	4	20
8	8	4	50
	8	2	75
9	5	2	60
	8	5	37
10	7	4	42
	7	3	57

Comparación entre grupos

5.2.5. Análisis comparativo del clima familiar percibido por los padres y madres del grupo de intervención farmacológica versus combinada

El quinto objetivo que nos planteamos en el contexto familiar consistía en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.

Pasamos a continuación a describir los resultados obtenidos en la fase de pretratamiento y posteriormente las comparaciones realizadas en la fase de postratamiento.

En la fase de pretratamiento, como aparece reflejado en la tabla 44, no aparecen diferencias significativas en la percepción del clima familiar entre los dos grupos de tratamiento. Únicamente en dos variables aparecen diferencias significativas a favor del grupo farmacológico. Concretamente, en el grado de participación en actividades sociales y recreativas (*Social-recreativa*. Z: -3,147; p: .002**) y en el grado en que la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (*Control*. Z: -2.971; p: .003**).

Tabla 44. Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de pre-tratamiento

		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
		MEDIA	DT	MEDIA	DT		
RELACIONES	CO	45,25	3,58	48,1	3,8	-,269	,788
	EX	41,95	8,77	48,9	4,1	-,139	,889
	CT	67,75	8,2	23,5	6,2	-,565	,572
DESARROLLO	AU	46,65	8,82	63,7	4,3	-1,488	,137
	AC	53,3	7,40	58	4,7	-,558	,577
	IC	50,15	7,87	45,7	4,6	-,725	,469
	SR	49,75	3,27	36,4	3,9	-3,147	,002**
	MR	56,80	6,10	57,8	5,1	-,714	,475
ESTABILIDAD	OR	33,10	5,59	50,9	5,2	-1,745	,081
	CN	52,00	4,12	48,1	3,8	-2,971	,003**

**p < .01 *p < .05

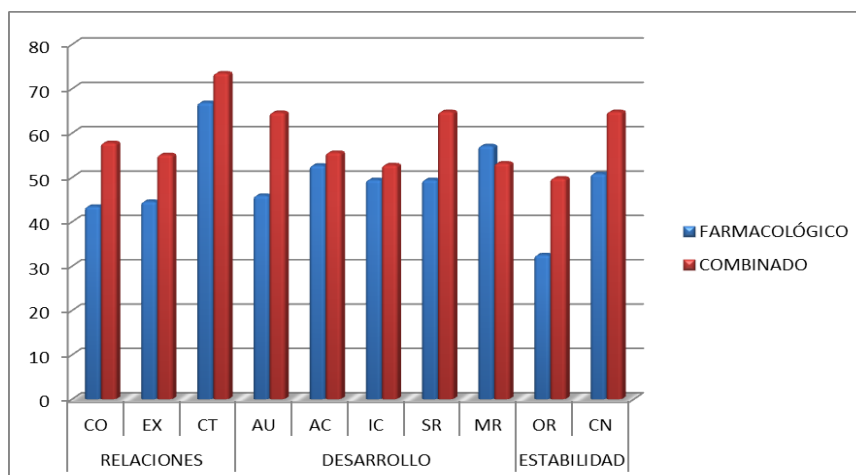
En la fase de postratamiento, el grupo combinado obtiene unos resultados significativamente superiores a los del grupo farmacológico en la mayoría de las variables del clima familiar (tabla 44 y gráfico 12). Concretamente, en *cohesión* ($Z=-5.383$ $p=,000^{**}$); *expresividad* ($Z=-4.503$, $p=,000^{**}$); *autonomía* ($Z=-5.057$, $p=,000^{**}$) y *organización* ($Z=-5.454$, $p=,000^{**}$). También en las variables *social-recreativa* ($Z=-5.435$, $p=,000^{**}$) y *control* ($Z=-5.426$, $p=,000^{**}$) se obtienen mejoras significativamente superiores en el grupo combinado, a pesar de que en el pretest fueron mayores significativamente en el grupo farmacológico.

Tabla 45. Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de postratamiento

		TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
		MEDIA	DT	MEDIA	DT		
RELACIONES	CO	43,45	3,51	57,8	4,8	-5,383	,000**
	EX	44,55	5,50	55,1	5,9	-4,503	,000**
	CT	66,85	15,48	73,5	4,3	-1,772	,076
DESARROLLO	AU	45,90	8,73	64,6	5,2	-5,057	,000**
	AC	52,70	6,44	55,6	4,8	-1,579	,114
	IC	49,45	7,66	52,8	4,09	-1,175	,240
	SR	49,45	3,13	64,8	6,1	-5,435	,000**
	MR	57,10	5,59	53,2	6,1	-1,835	,067
ESTABILIDAD	OR	32,50	4,71	49,8	4,5	-5,454	,000**
	CN	50,80	2,82	64,8	5,0	-5,426	,000**

Por otra parte, aunque las puntuaciones medias son superiores en el grupo combinado, no aparecen diferencias significativas con el grupo farmacológico en las variables de *conflicto*, *actuación*, *intelectual-cultural* y *moralidad-religiosidad*.

Gráfico 12. Comparación entre grupos del Clima familiar en la fase de postratamiento



5.2.6. Análisis comparativo de la sintomatología de TDAH de acuerdo con las estimaciones de los padres y madres del grupo de intervención farmacológica versus combinada

El *séxtimo objetivo* que nos planteamos en el contexto familiar consistía en analizar la eficacia diferencial de un tratamiento farmacológico versus un tratamiento combinado para reducir la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.

Describiremos en primer lugar los resultados obtenidos en la fase de pretratamiento y posteriormente las comparaciones realizadas en la fase de postratamiento.

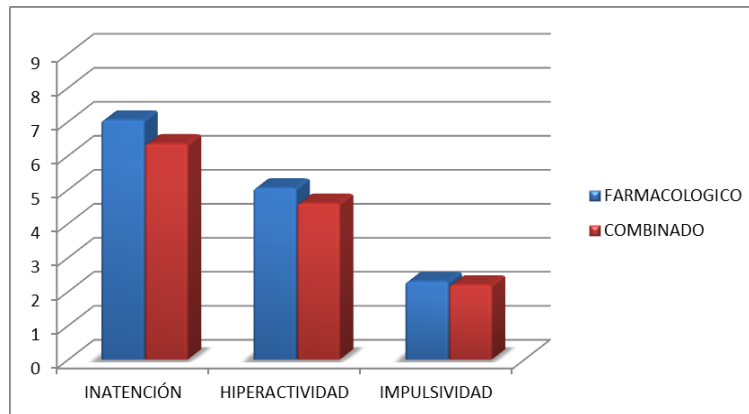
Los resultados indican que antes de iniciar el tratamiento (tabla 46), no se encontraron diferencias entre los grupos en la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente familiar (*Inatención*. $Z = -1,633$, $p = ,103$; *Hiperactividad*. $Z = -.070$, $p = ,944$; *Impulsividad*. $Z = -.277$, $p = ,782$). Es decir, en un inicio, la muestra de niños seleccionada para formar parte del grupo de farmacológico presentaba un nivel de severidad en la sintomatología del TDAH estimada por sus padres equivalente a la que presentaba el grupo combinado.

Tabla 46. Comparación entre grupos de la sintomatología de TDAH estimada por los padres en la fase de pretratamiento

	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		Z	p
	Media	DT	Media	DT		
Inatención	7,05	1,70	6,35	2,20	-1,633	,103
Hiperactividad	5,05	1,09	4,60	1,50	-,070	,944
Impulsividad	2,3	,65	2,20	,61	-,277	,782

**p < .01 *p < .05

Gráfico 13. Comparación entre grupos de la sintomatología de TDAH estimada por los padres en la fase de pretratamiento



Posteriormente, en la fase de postratamiento (tabla 47), se produce un descenso en la severidad de la sintomatología de TDAH estimada por los padres de ambos grupos de tratamiento, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ellos (*inatención*. $Z = -1.633$, $p = .103$; *hiperactividad*. $Z = -1.522$, $p = .128$; *impulsividad*. $Z = -.172$, $p = .863$).

Tabla 47. Comparación entre grupos de la sintomatología de TDAH estimada por los padres en la fase de postratamiento

	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		TRATAMIENTO COMBINADO		z	p
	Media	DT	Media	DT		
Inatención	5,05	1,43	4,35	1,42	-1,633	,103
Hiperactividad	3,50	1,14	3,0	,91	-1,522	,128
Impulsividad	1,45	0,60	1,45	,51	-,172	,863

**p < .01 *p < .05

CAPÍTULO 6



Conclusiones

Una vez descritos los resultados obtenidos a partir de los análisis realizados, trataremos de sintetizar lo más claramente posible las conclusiones que se derivan de los mismos en el contexto escolar y familiar, de acuerdo a cada uno de los objetivos planteados en nuestro estudio.

6.1. Conclusiones relativas al contexto escolar

Intervención Farmacológica

El *primer objetivo* de nuestro estudio se centró en el análisis de los efectos de una intervención farmacológica sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH.

En nuestro estudio encontramos que el nivel de conocimientos de los maestros de la muestra seleccionada era del 52% antes de participar en algún tipo de intervención. Este resultado es similar al encontrado en otros estudios previos realizados en España por Jarque y colaboradores (2007; 2009), en los que encontraron que los maestros españoles disponían de moderados conocimientos sobre el TDAH, contestando correctamente al 42.65% de los ítems del cuestionario total (42.65%). También son similares a los aportados por Snider et al. (2003) y Sciutto et al. (2000), quienes han empleado el mismo cuestionario en sus investigaciones, encontrando un 45.8% y un 47.8% respectivamente.

Sin embargo, otras investigaciones han aportado porcentajes medios de respuestas correctas notablemente más elevados, como por ejemplo los encontrados por Kos, Richdale y Jackson (2004), con un 60,7% de los ítems; Barbaresi y Olsen (1998) hallaron un porcentaje medio de aciertos del 77% y otros trabajos como el de Jerome, Gordon y Hustler (1994) aportaron datos todavía más altos (77,5%).

Estas diferencias entre nuestros resultados y los aportados por otros trabajos pueden deberse a distintos motivos. Siguiendo el razonamiento de Kos et al., aquéllos estudios utilizaron alternativas de respuesta diferentes a las de nuestro estudio, de forma que sólo presentaban dos posibles opciones de respuesta (verdadero o falso), lo que podría haber sesgado sensiblemente los resultados obtenidos. Por otro lado, teniendo en cuenta que la experiencia docente con niños hiperactivos parece estar relacionada positivamente con los conocimientos sobre el TDAH (Jerome et al., 1994; Sciutto et al., 2000), otra

explicación posible sería que en nuestra muestra había muy pocos profesores con experiencia docente con niños hiperactivos (45%).

Tras la aplicación del tratamiento farmacológico, los maestros no aumentaron su nivel de conocimientos sobre TDAH, sino todo lo contrario, conformando nuestra hipótesis de partida. Los maestros aumentaron el porcentaje de concepciones erróneas tanto en la puntuación total, como en las subescalas de Síntomas/diagnóstico como de Tratamiento. En cuanto al nivel de lagunas, tras la intervención disminuyeron de forma significativa las relacionadas con Información General, posiblemente por haber consultado durante el curso algunos materiales relacionados con el tema al tener niños con esa problemática recibiendo un tratamiento.

El *segundo de los objetivos* consistía en analizar los efectos de la intervención farmacológica sobre el nivel de autoeficacia percibida de los maestros.

En nuestra investigación encontramos que tras implementar la terapia farmacológica en los niños, los maestros disminuyeron su nivel de autoeficacia percibida para afrontar con éxito el proceso de enseñanza/aprendizaje de sus alumnos con TDAH. Estos resultados pueden entenderse a la luz de lo que entendemos por autoeficacia (Bandura, 1986) y los elementos que influyen en su crecimiento. Según el autor “son los juicios que una persona hace sobre sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción que le permitan alcanzar el rendimiento deseado...” (p. 391). Específicamente en el caso de los maestros, para que aumente su autoeficacia es necesario que crean que pueden influir en las conductas de sus alumnos y en su rendimiento académico (Friedman y Kass, 2002). Por otro lado, de acuerdo con Bandura (1986), los cuatro elementos principales que influyen en la autoeficacia son las experiencias anteriores, las experiencias vicarias, la retroalimentación positiva y las reacciones fisiológicas que experimenta cuando realiza la tarea. En este sentido los maestros del grupo farmacológico que no recibieron ningún tipo de formación específica sobre TDAH ni fueron acompañados durante el curso escolar por un grupo de apoyo y un profesional especializado, no pudieron crecer en autoeficacia posiblemente porque no tenían modelos que les posibilitaran el aprendizaje vicario, no

podieron revisar sus experiencias pasadas y presentes y no recibieron feedback sobre sus actuaciones a lo largo del curso escolar.

Este resultado confirma nuestra hipótesis inicial y es coherente con los encontrados por otras investigaciones que constatan la relación lineal entre la formación específica de los maestros en TDAH y sus creencias sobre su capacidad para afrontar con éxito la enseñanza de alumnos hiperactivos (Jarque, 2007, 2009; Reid, Vasa, Magg y Wright, 1994).

Continuando con el *tercer objetivo*, que consistía en analizar los efectos de la intervención farmacológica sobre la sintomatología central de TDAH, nuestros resultados también confirmaron nuestra hipótesis de partida pues tras la intervención disminuyeron de forma significativa los niveles de atención, hiperactividad e impulsividad de los niños con TDAH según las estimaciones de sus profesores.

Estos resultados coinciden con los obtenidos por numerosas investigaciones previas en las que se demuestra la eficacia terapéutica a corto plazo de la medicación psicoestimulante para mejorar los síntomas centrales del TDAH (Antonucci, Kunis, Manos, López y Kerney, 2010; Biederman et al., 2009; Graziano, Gellken y Lall, 2011; Gustafsson, Hansson, Eidevall, Thernlund y Svedin, 2008; Miranda, Jarque y Rosel, 2006; Montiel- Nava, 2009 y Van der Oord et al., 2008).

Sin embargo, un análisis más individualizado de los datos nos ha permitido encontrar resultados muy interesantes para la práctica clínica. Concretamente, hemos encontrado que tras la intervención farmacológica, dos de los niños de la muestra no obtuvieron ninguna mejora a nivel atencional, y otros dos niños tampoco mejoraron sus niveles de hiperactividad-impulsividad. Los porcentajes de mejora obtenidos por el grupo farmacológico son medio-bajos, oscilando entre un 20% y un 40%. Además, si tenemos en cuenta tanto los síntomas de inatención como de hiperactividad-impulsividad, sólo 2 niños de la muestra (20%) no cumplirían con el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y por tanto dejarían de formar parte de la muestra disfuncional.

En relación al *cuarto objetivo* de nuestra investigación, que se centraba en el análisis de los efectos de una intervención farmacológica sobre el rendimiento

académico de los alumnos con TDAH, nuestros datos confirmaron la hipótesis planteada al inicio.

Concretamente, ninguna de las áreas instrumentales evaluadas mejoró tras la implementación del tratamiento farmacológico, sino todo lo contrario, evidenciándose una tendencia al empeoramiento. Estos resultados son coincidentes con los encontrados en el excelente meta-análisis realizado por Van der Oord et al. (2008) en el que analizaron la eficacia terapéutica de las diferentes modalidades de tratamiento para el TDAH encontrada en diferentes estudios hasta el 2006. Los resultados muestran, que la intervención farmacológica no obtiene resultados positivos en relación al funcionamiento académico. También en el artículo de revisión de Chronis, Jones y Raggi (2006), señalaron entre las limitaciones del tratamiento farmacológico los pocos efectos que consigue en los problemas de rendimiento académico.

Otros autores, por el contrario, encontraron que los psicoestimulantes ejercían una influencia positiva sobre conductas relacionadas con el rendimiento escolar, como llegar puntual a clase, trabajar mejor de forma individual y en las actividades en pequeño grupo (Silva et al., 2006). No obstante, la mejora de las habilidades académicas específicas era poco o nada significativa, especialmente si existía, además, un trastorno de aprendizaje.

Continuando con el *quinto objetivo* de nuestra investigación, que analizaba los efectos de una intervención farmacológica sobre el clima escolar de los niños con TDAH, el tratamiento exclusivamente farmacológico no mostró ser efectivo para mejorar el clima general del aula, quedando así confirmada nuestra hipótesis inicial.

Concretamente, en cuanto a la calidad de las *Relaciones*, los maestros que no recibieron ningún tipo de tratamiento grupal encontraron que tras la intervención farmacológica, los alumnos no mejoraron su nivel de implicación en la clase, ni de amistad entre ellos ni en el grado de colaboración que se ofrecían en sus tareas.

Nuestros resultados podrían ser comparables con los obtenidos por investigaciones que analizan el efecto de la terapia farmacológica, entre otras variables, sobre las relaciones con los iguales (MTA, 1999; Hoza, Kaiser, y Hurt,

2007). Tanto en el MTA (1999) como en el meta-análisis de Hoza y colaboradores (2007), se encontró que, mientras que la medicación a menudo mejoraba los síntomas centrales del TDAH razonablemente bien, cuando se usaba como único tratamiento, no producía mejoras en los problemas asociados al TDAH tales como las relaciones con los iguales.

Por el contrario, en el meta-análisis realizado por Van der Oord et al. (2008) encontraron que el tratamiento farmacológico obtenía un tamaño del efecto moderado sobre las conductas sociales.

En nuestro estudio han encontrado mejoras significativas en el contexto escolar tras la intervención farmacológica, en la subescala denominada “ayuda” de la dimensión de *Relaciones*. Esta escala se relaciona con el grado de comunicación del profesor con los alumnos y su confianza depositada en ellos. Este resultado podría deberse, tal y como evidencian algunas investigaciones, a la confianza que depositan algunos maestros en el tratamiento (Arcia, Frank, Sánchez y Fernández, 2000; Kasten, Coury y Heron, 1992).

En cuanto a las dimensiones de *Autorrealización*, y *Cambio*, tras la aplicación del tratamiento farmacológico, los maestros tampoco encontraron mejoras significativas en ninguna de las variables. Desafortunadamente, no podemos comparar nuestros resultados con el de otras investigaciones similares al no haber encontrado estudios que hayan investigado específicamente estas variables en población disfuncional con TDAH.

Intervención combinada

El *sexto objetivo* de nuestra investigación se centró en el análisis de los efectos de una intervención combinada sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros sobre TDAH.

Antes de participar en la intervención encontramos que el nivel de conocimientos de los maestros del grupo combinado era del 52.73%. Este resultado, es similar al encontrado en otros estudios previos realizados en España por Jarque y colaboradores (2007; 2009). También son similares a los aportados por Snider et al. (2003) y Sciutto et al. (2000), encontrando un 45.8% y un 47.8% respectivamente.

Tras la aplicación de la intervención combinada, los maestros aumentaron de forma significativa su nivel de conocimientos sobre TDAH, obteniendo un 78.08% de aciertos. Asimismo, disminuyeron sus concepciones erróneas y lagunas, confirmándose así nuestra hipótesis inicial. El programa de intervención implementado en la escuela dedicó cinco sesiones centradas específicamente en la conceptualización del TDAH y en sus modalidades de intervención, que favorecieron que los maestros actualizaran y aumentaran sus conocimientos sobre el trastorno.

Estos resultados son coincidentes con el único estudio que a nuestro conocimiento ha desarrollado y evaluado un programa de entrenamiento para profesores de niños con TDAH, en la Universidad de Pakistán (Syed y Hussein, 2010). El programa de entrenamiento constaba de 5 sesiones de dos horas de duración y fue implementado a un total de 49 profesoras de tres escuelas diferentes. Coincidiendo con nuestra investigación, tras la aplicación del programa se produjo un aumento significativo del nivel de conocimientos sobre TDAH de las profesoras.

Continuando con el *séptimo objetivo*, analizamos los efectos de la intervención combinada sobre la autoeficacia percibida.

Los resultados confirman nuestra hipótesis inicial, al encontrarse que los maestros que formaban parte del grupo combinado, y que por tanto recibieron la intervención multicomponente, contextualizada y continuada en el tiempo, vieron crecer de forma significativa su nivel de autoeficacia. Siguiendo a Bandura (1986) su participación en el grupo psicoeducativo hizo aumentar los elementos principales que influyen en la autoeficacia percibida de una persona. Así, la intervención combinada les permitió reflexionar en el grupo de maestros sobre sus experiencias profesionales anteriores; les supuso una fuente de aprendizaje viario inestimable y les proporcionó retroalimentación positiva tras la aplicación en sus propias aulas de las técnicas aprendidas.

Nuestros resultados también son coincidentes con los de otros autores que demuestran que existe una relación lineal entre la formación específica recibida por los maestros en el TDAH y sus creencias sobre su capacidad para

afrontar con éxito la enseñanza de los alumnos hiperactivos (Jarque et al., 2007; Reid, Vasa, Maag y Wright, 1994).

En el *octavo objetivo* planteamos analizar los efectos de una intervención combinada sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar. Los resultados confirmaron nuestra hipótesis inicial al producirse un descenso estadísticamente significativo tanto en los niveles de inatención, como de hiperactividad e impulsividad valorados por los profesores.

Estos datos son consistentes con los aportados por otras investigaciones previas (Hoza et al., 2007; MTA, 1999; Pelham et al., 2005; So et al., 2008; Van der Oord et al., 2007), que confirman que el tratamiento que combina metilfenidato con una terapia psicosocial logra mejorar los síntomas de TDAH observados por sus profesores.

Además, el análisis individualizado de cada uno de los casos que componían la muestra produjo unos resultados muy significativos y esperanzadores a nivel clínico. Esto es, los maestros consideraron que todos los niños de la muestra mejoraron sus niveles de inatención e hiperactividad-impulsividad tras su participación en la intervención combinada, teniendo en cuenta las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de TDAH (Amador et al., 2005).

Concretamente, los porcentajes de mejora oscilaron entre un 20% y 55%. Teniendo en cuenta tanto la sintomatología disatencional como hiperactiva-impulsiva, los profesores observaron que tras el tratamiento combinado 3 niños de la muestra (30%) no cumplirían el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y dejarían por tanto de formar parte de la muestra disfuncional.

En el *noveno objetivo*, analizamos los efectos de una intervención combinada sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH. Encontramos que los resultados académicos de los niños con TDAH mejoraron de forma significativa tomados en su conjunto, obteniendo una nota media total cercana al aprobado. Sin embargo, si analizamos los resultados en función del área instrumental evaluada, dos de las cuatro áreas mejoran significativamente, concretamente, el área de castellano y catalán, mientras que en matemáticas e inglés la mejora no alcanzó a ser significativa. Estos resultados pueden ser

debidos a los contenidos específicos y eminentemente prácticos que incluía el programa de intervención para profesores que siguiendo las indicaciones de diversas guías de práctica clínica para el TDAH recogía una serie de adaptaciones académicas y conductuales de probada eficacia (Mena et al., 2007).

Nuestros resultados son comparables con los obtenidos por otros estudios, como por ejemplo los del MTA (1999), cuyo grupo de intervención combinado logró mejorar el rendimiento lector de los niños con TDAH. Por el contrario, otros estudios no encuentran que la terapia combinada a nivel grupal produzca efectos positivos en el rendimiento académico de los niños con TDAH, siendo necesaria una intervención individual como la propuesta por Langberg et al. (2008) para enseñar habilidades académicas a los estudiantes que padecen este trastorno.

El *décimo objetivo* se centraba en analizar los efectos de una intervención combinada sobre el clima escolar de los niños con TDAH. Los maestros del grupo combinado consideraron que tras la participación en el programa de intervención se produjo una mejora muy significativa en el clima general del aula, confirmándose así nuestra hipótesis de partida.

Un análisis más detallado de los datos deja clara la evolución tan positiva que se produce en el ambiente escolar de los niños cuyos profesores recibieron la intervención combinada. Concretamente, en cuanto a la calidad de las *Relaciones*, consideran que tras la intervención combinada, aumentó significativamente el grado en que los estudiantes estaban integrados en la clase, se apoyaban y ayudaban entre sí. Percibieron que los alumnos mostraban más interés por las actividades de la clase y participaban más en los coloquios. Asimismo, los maestros consideraron que aumentó de forma significativa su comunicación con sus alumnos y la confianza depositada en ellos.

Estos resultados se relacionan muy posiblemente con el esfuerzo continuado realizado por el grupo de maestros, que acompañados por la conductora, compartieron y aplicaron diferentes estrategias para mejorar la calidad de sus relaciones y la comunicación positiva con sus alumnos. Concretamente, a lo largo de cinco sesiones se trabajaron formas de mejorar la autoestima, de motivar positivamente el cambio de conducta de los alumnos, y de favorecer habilidades de comunicación y confianza entre ellos.

Desafortunadamente, no podemos comparar nuestros resultados con el de otros estudios, que utilizando la misma escala, hayan investigado los efectos de una intervención combinada sobre las relaciones desarrolladas en el contexto escolar. Sin embargo, entendiendo la dimensión *Relaciones* como un constructo que valora las habilidades sociales de los estudiantes en la escuela, podemos comparar nuestros resultados con los obtenidos por Van der Oord et al. (2007) en cuya investigación, utilizando una escala de habilidades sociales en la versión para el profesor (SSRS-T), obtiene también resultados positivos tras la implementación de una intervención combinada. Por el contrario, en análisis posteriores a la implementación realizada por el MTA (Hoza et al., 2005), encontraron que las relaciones entre los compañeros no mejoraron tras la implementación de la intervención combinada, manteniéndose significativamente deterioradas.

En cuanto a la *Autorrealización*, tras la participación en la intervención grupal, los maestros percibieron una disminución muy significativa a la importancia que daban a la terminación de las tareas programadas, poniendo menos énfasis en los resultados y más en los procesos, así como en dedicar más tiempo para comentar cosas no relacionadas directamente con el tema. También percibieron que aumentaron de forma significativa la importancia que daban al esfuerzo que el alumno realizaba en la realización de las tareas. Nuevamente, estos resultados pueden relacionarse con el contenido de algunas de las sesiones que incluía el programa de intervención para los profesores.

Concretamente, durante las sesiones de conceptualización, se trabajó el concepto de TDAH como discapacidad, no como consecuencia de una mala educación, de forma que los profesores cambiaran las percepciones y expectativas que tenían sobre sus alumnos con este trastorno, deshaciendo falsos mitos y aumentando su nivel de empatía hacia ellos. Comprendiendo la naturaleza del trastorno y sus problemas asociados, se enfatizó a los profesores la importancia de valorar el esfuerzo realizado por estos alumnos para adaptarse a las demandas continuas de autorregulación características del contexto escolar.

En las sesiones dedicadas al conocimiento y aplicación de estrategias y adaptaciones de manejo instruccional, se insistió en la necesidad de valorar más los procesos que los resultados en los alumnos con TDAH, segmentando las

tareas complejas en partes más sencillas, de forma que el alumno pudiera seguir una secuencia autoinstruccional y el profesor pudiera proporcionarle retroalimentación más continuada y sistemática. Desafortunadamente, no podemos comparar nuestros resultados en esta dimensión con los obtenidos por otras investigaciones similares dada la ausencia de este tipo de estudios en la literatura especializada.

En relación a la *Estabilidad* del grupo-clase, tras la aplicación de la intervención grupal para maestros, éstos percibieron una mejora significativa en todas las variables. Concretamente, en la importancia que los maestros daban al orden, a la organización y a las buenas maneras en la realización de las tareas; en la importancia que daban al establecimiento y seguimiento de unas normas claras y al conocimiento por parte de los alumnos de las consecuencias de su incumplimiento y en el grado en que eran estrictos en el cumplimiento de las normas y en las consecuencias de su incumplimiento. Estos resultados se relacionan directamente con la importancia que, durante cinco sesiones, se otorgó a estos temas en el programa de intervención para los profesores.

Concretamente, tres sesiones se dedicaron a favorecer estrategias para la mejora del comportamiento, cómo seleccionar y definir objetivos de trabajo con el niño o motivarle positivamente para lograr cambios de conducta. Para ello, los profesores desarrollaron técnicas cognitivo-conductuales como las economías de fichas o los contratos de contingencias, que favorecieron enormemente el conocimiento y aplicación de las normas del aula por parte de los alumnos con TDAH. Por otro lado, durante dos sesiones se enfatizó la importancia del establecimiento de rutinas y de una adecuada organización de las actividades en el aula. Desconocemos investigaciones que hayan analizado los efectos de una intervención combinada sobre estas variables, por lo que no podemos establecer comparaciones en este sentido.

En cuanto a su grado de innovación o *Cambio* en el planteamiento de las actividades escolares, tras la intervención combinada, los maestros no percibieron mejoras significativas en nuevas técnicas para favorecer la creatividad del alumno. Estos resultados, en parte, pueden ser debidos al hecho que este grupo de maestros de inicio ya era bastante creativo en el uso de nuevas

tecnologías y en técnicas para favorecer la creatividad del alumno, obteniendo antes de la intervención puntuaciones superiores al grupo normativo.

Comparación de intervenciones

El *decimoprimer objetivo* se centró en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el nivel de conocimientos, falsas creencias y lagunas de los maestros con TDAH.

Los resultados obtenidos por nuestra investigación, confirman la hipótesis de partida, encontrando que tras la intervención, los maestros del grupo combinado obtuvieron significativamente mayor nivel de conocimientos y menos errores y lagunas que los maestros del grupo farmacológico. De nuevo, no podemos comparar nuestros resultados con el de otras investigaciones similares, al no existir por el momento, estudios que comparen los resultados de dos intervenciones, farmacológica y combinada, sobre el nivel de conocimientos, errores y lagunas de los profesores con TDAH.

En relación al *decimosegundo objetivo*, que consistía en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el nivel de autoeficacia percibida por los maestros, nuevamente confirmamos nuestra hipótesis inicial. Es más, aunque inicialmente la media de autoeficacia percibida por los profesores del grupo farmacológico era superior, aunque sin llegar a la significación, a la del grupo combinado, posteriormente, tras la intervención, el nivel de autoeficacia percibida por los profesores del grupo combinado superó significativamente a la del grupo farmacológico.

Puede concluirse que la intervención que combina el tratamiento psicosocial con el farmacológico es más efectiva para aumentar el nivel de autoeficacia percibida de los maestros que la intervención únicamente farmacológica. Dada la ausencia de estudios que hayan comparado la eficacia de dos tipos de intervención similares a los de nuestra investigación sobre este tópico, no podemos contrastar nuestros resultados por el momento.

En relación al *decimotercer objetivo*, que se centraba en la comparación del efecto de una intervención farmacológica versus una combinada sobre la sintomatología central de TDAH de los niños en el ambiente escolar, nuestra hipótesis inicial se vio parcialmente confirmada.

Por un lado, los resultados grupales nos permiten concluir que tanto la intervención farmacológica como la combinada producen efectos positivos sobre la sintomatología central de TDAH, sin que las diferencias entre ellas resulten significativas. Es decir, tanto una intervención exclusivamente farmacológica, como la que combina fármacos con un tratamiento psicosocial, se muestran igualmente efectivas para disminuir la severidad de la sintomatología de TDAH estimada por los profesores. Los niños tratados con una intervención farmacológica así como los tratados con una intervención combinada redujeron la severidad de su sintomatología de TDAH hasta niveles inferiores a los necesarios para cumplir criterios diagnósticos según DSM-IV. Es decir, tomados los datos grupalmente, se lograría una mejora sintomática muy significativa con los dos tipos de tratamiento.

Nuestros resultados son coincidentes con estudios previos que han valorado y comparado los efectos de las diferentes modalidades de intervención (MTA, 1999, 2004; Van der Oord et al., 2007), señalando que la intervención combinada no suponía beneficios adicionales a los obtenidos por el tratamiento farmacológico empleado de forma aislada para mejorar los síntomas fundamentales del TDAH. Por el contrario, existen investigaciones previas que apoyan la superioridad del tratamiento combinado a cualquier tratamiento único (Pelham et al., 2005; So et al., 2008).

Sin embargo, el panorama se muestra muy diferente cuando analizamos el porcentaje de mejora que individualmente ha alcanzado cada uno de los niños con TDAH. Tras el análisis individual de cada caso, los resultados son notablemente diferentes. Mientras que en el grupo farmacológico tras la intervención sólo el 20% de los niños mejora sintomáticamente hasta niveles por debajo de los requeridos por el DSM-IV, en el grupo combinado el porcentaje de niños que deja de formar parte de la muestra disfuncional asciende al 50%. Además, los porcentajes de mejora obtenidos en cada tipo de tratamiento también son diferentes, siendo mayores en el grupo de tratamiento combinado. Concretamente, en el grupo farmacológico oscilan entre un 0% y un 42%, mientras en el combinado la oscilación va entre el 20% y el 55%.

Nuestros resultados son coincidentes con los hallados por Swanson et al. (2001) que emplearon aproximaciones metodológicas complementarias a los

primeros análisis realizados en el estudio MTA, hallando que el mayor porcentaje de mejora se produjo en los niños que siguieron el tratamiento combinado (68%), seguido del tratamiento con medicación estimulante (56%).

Asimismo, son consistentes con los obtenidos por So et al. (2008), que también encontraron mayores proporciones de niños con TDAH del grupo de tratamiento combinado que cumplieron criterios de normalidad en el postest, incluso con menores dosis de medicación.

Por el contrario, en la investigación realizada por Van der Ord et al. (2007) en la que compararon los efectos de un tratamiento farmacológico con un tratamiento multimodal que incluía entrenamiento a padres, profesores y a los propios niños, no encontró evidencias de efectos añadidos por la terapia combinada pues ambos tratamientos se mostraron igualmente efectivos.

En un meta-análisis realizado posteriormente por los mismos autores (Van der Ord et al., 2008), explicaron que posiblemente estos resultados podrían causarse por la secuenciación de los tratamientos y por la dosis empleada de metilfenidato. Para los síntomas centrales del TDAH los efectos del psicoestimulante son amplios y deja poco espacio para la mejora cuando se incorpora posteriormente un tratamiento psicosocial. Además, algunos estudios de laboratorio intra-sujeto han mostrado que cuando se añade a bajas dosis de metilfenidato (la menor dosis que cause efecto) el tratamiento psicosocial, éste sí tiene efectos añadidos al tratamiento farmacológico de forma aislada (Carlson et al., 1992; MTA, 1999; Pelham et al., 2005; So et al., 2008).

Continuando con el *decimocuarto objetivo*, que se centraba en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el rendimiento académico de los alumnos con TDAH, los resultados obtenidos confirman parcialmente nuestra hipótesis de partida. Así, tras el tratamiento, el rendimiento de los niños con TDAH del grupo combinado mejoró en todas las áreas instrumentales, superando de forma significativa al rendimiento del grupo farmacológico únicamente en el área de matemáticas. Esta mejora significativa en el grupo combinado, puede deberse en parte a las sesiones que se dedicaron durante el programa de intervención para profesores a explicar estrategias específicas para mejorar la comprensión y resolución de problemas matemáticos y automatizar el cálculo.

En el área de castellano y catalán, aunque el grupo combinado mejoró e incluso alcanzó el rendimiento del grupo farmacológico de la fase de pretest, que era significativamente superior, no alcanzó un rendimiento suficiente como para que las diferencias entre los grupos resultasen significativas.

Nuestros resultados van en la línea de los obtenidos en el meta-análisis de Van der Oord et al. (2008), en el que revisa los estudios realizados desde 1985 hasta 2006 que comparan el efecto de un tratamiento con metilfenidato, un tratamiento psicosocial y uno combinado sobre diferentes áreas de funcionamiento. Sus resultados muestran una escasez de estudios que valoren los efectos de las diferentes modalidades de intervención sobre el funcionamiento académico. Concretamente, de un total de 26 estudios, 5 de ellos valoraban el efecto relativo y diferencial de un tratamiento farmacológico versus un tratamiento combinado sobre el funcionamiento académico. Los resultados no evidenciaron diferencias significativas entre las diferentes modalidades de tratamiento para la mejora del funcionamiento académico. Concretamente, el tratamiento farmacológico obtenía un efecto negativo o bajo (Brown et al., 1986; Klein y Abikoff, 1997; MTA, 1999), excepto en un estudio que obtuvo un tamaño del efecto alto (Hechtman et al., 2004). Respecto a la intervención combinada, las mejoras encontradas sobre el funcionamiento académico fueron bajas (Brown et al., 1985; 1986; Klein y Abikoff, 1997; MTA, 1999).

El *decimoquinto objetivo* se centró en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima escolar de los niños con TDAH. Los resultados confirmaron nuestra hipótesis inicial, señalando una superioridad del grupo de intervención combinado en la mejora del clima escolar percibido por los maestros. Por el momento, no podemos comparar nuestros resultados con el de otras investigaciones dada la carencia de estudios que hayan comparado la eficacia de estas dos modalidades de intervención sobre el clima escolar. En el meta-análisis de Van der Oord (2008) ninguno de los 26 estudios revisados valoraba el efecto de las diferentes modalidades de intervención sobre el contexto escolar valorado por las estimaciones de los maestros.

En síntesis, los resultados de nuestra investigación indican que en el **contexto escolar**, *la intervención que combina el tratamiento farmacológico con el*

tratamiento psicosocial se ha mostrado efectiva y superior a la intervención exclusivamente farmacológica para:

- Aumentar el nivel de conocimientos de los profesores sobre el TDAH, y disminuir sus falsas concepciones y lagunas;
- Aumentar su nivel de autoeficacia percibida;
- Mejorar el clima escolar
- Aumentar el rendimiento académico de los alumnos con TDAH en el área de matemáticas.

Asimismo, la intervención combinada obtiene unos porcentajes de mejora superiores a los encontrados en la intervención farmacológica, logrando que un mayor número de niños tras la intervención dejen de formar parte de la muestra disfuncional.

La *intervención exclusivamente farmacológica* no ha mostrado ser efectiva para aumentar el nivel de conocimientos de los profesores sobre TDAH; ni para aumentar su nivel de autoeficacia, ni para mejorar el Clima escolar ni el rendimiento académico de los alumnos con TDAH.

La intervención farmacológica se ha mostrado igualmente eficaz que la combinada para disminuir la severidad de la sintomatología de TDAH de los niños. No obstante, los porcentajes de mejora conseguidos tras la aplicación de la intervención farmacológica son menores.

Es importante destacar que en nuestra investigación, la intervención farmacológica no ha mostrado un efecto superior a la combinada en ninguna de las variables estudiadas en el contexto escolar.

6.2. Conclusiones relativas al contexto familiar

Intervención Farmacológica

El *decimosexto objetivo* de nuestra investigación se centró en el análisis de los efectos de una intervención farmacológica sobre el clima familiar de los niños con TDAH. Los resultados indicaron que tras la aplicación de la intervención, no se produjo una mejora del clima familiar, confirmándose así nuestra hipótesis de partida.

Es más, en dos variables se produce un empeoramiento significativo, es decir, tras la intervención farmacológica los padres perciben una disminución

significativa del grado en que los miembros de la familia se ayudan entre sí (cohesión) y en el grado en el que la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos (control).

Coincidiendo con los resultados de otras investigaciones (Chronis, Jones y Raggi, 2006; Chronis, Pelham, Gnagy, Roberts y Aronoff, 2003), en nuestro estudio la intervención farmacológica se mostró insuficiente para mejorar el funcionamiento familiar.

Estos resultados son muy interesantes de cara a la práctica clínica y educativa, de forma que en las familias cuyos hijos son tratados únicamente con medicación, con el paso del tiempo, pueden empeorar su grado de cohesión y organización familiar.

Constituye un asunto que tiene trascendencia, ya que como han constatado algunas investigaciones, un clima familiar con bajos niveles de cohesión, afecto y apoyo, dificulta el desarrollo de determinadas habilidades sociales en los hijos, tales como la capacidad de identificar soluciones no violentas a problemas interpersonales (Demaray y Malecki, 2002; Lambert y Cashwell, 2003). Dada la alta asociación que se da desgraciadamente entre el TDAH y los problemas de conducta, en los niños con TDAH tiene especial relevancia el desarrollo de un clima familiar positivo y cohesionado, que provea de estructura, apoyo, y estabilidad al niño.

Asimismo, también se ha demostrado que un estilo familiar permisivo, que no se atiene a reglas o procedimientos establecidos no facilita la interiorización de las reglas sociales y se asocia con una competencia autorregulatoria deficiente en los niños con TDAH (Olson, Bates y Bayles, 1990).

Además, las investigaciones sobre factores protectores o factores de resiliencia, cada vez más investigados en el campo de los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, y más concretamente en el TDAH, (Martel y Nigg, 2006; Nigg, Nikolas, Friderici, Park y Zucher, 2007; Regalla, Rodrigues y Serra-Pinheiro, 2007), evidencian que una adecuada estructuración familiar se asocia con personas capaces de superar mejor las dificultades, pudiéndose asociar a un menor riesgo o un pronóstico más favorable en los niños con TDAH.

Por el contrario, un clima familiar poco cohesionado puede ser un factor de riesgo que interactúe con la predisposición del niño y exacerbar la presentación de los síntomas y su continuidad (Miranda, García y Presentación, 2002).

Continuando con el *decimoséptimo objetivo*, analizamos los efectos de una intervención farmacológica sobre la sintomatología de TDAH en los niños en el ambiente familiar.

Nuestros resultados confirmaron la hipótesis inicial, dado que la intervención farmacológica se mostró efectiva para mejorar la sintomatología central del trastorno en el contexto familiar con unos porcentajes de mejora que oscilaron entre un 0% y un 40%.

Analizando de forma individualizada cada caso, encontramos que en el contexto familiar, con la intervención farmacológica tres de los niños de la muestra no mejoraron sus niveles de inatención y otros dos niños tampoco mejoraron sus niveles de hiperactividad-impulsividad. Teniendo en cuenta las puntuaciones de inatención y de hiperactividad-impulsividad conjuntamente, según las estimaciones realizadas por los padres tras el tratamiento farmacológico, sólo el 20% niños de la muestra no cumplirían con el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y por tanto dejarían de formar parte de la muestra disfuncional.

Nuestros hallazgos son coincidentes con los obtenidos por estudios previos (MTA, 1999; Montiel-Nava et al., 2002; So et al., 2008; Van der Oord et al., 2008) que también apoyaron la eficacia de la medicación para mejorar a corto plazo la sintomatología central del TDAH en el ambiente familiar.

Intervención combinada

El *decimoctavo objetivo* se centró en el análisis de los efectos de una intervención combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.

Los resultados obtenidos tras la aplicación del programa de intervención para padres arrojan resultados muy positivos y esperanzadores con importantes repercusiones para la práctica clínica y educativa

El grupo de padres y madres del tratamiento combinado percibió una mejora muy significativa en su *Clima Familiar* tanto en las Relaciones como en el Desarrollo y en la Estabilidad de la familia.

Concretamente, respecto a las *Relaciones familiares*, se produce una mejora significativa tras el programa de intervención en el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y se apoyan entre sí, y en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar y a expresar directamente sus sentimientos. Estos resultados pensamos que están directamente relacionados con el esfuerzo realizado a lo largo de diversas sesiones del programa de intervención combinado para mejorar las habilidades de comunicación familiares. Concretamente, el bloque denominado “El TDAH en mi familia: implicaciones emocionales”, dedica dos sesiones a incentivar la comunicación en la pareja y al crecimiento de la confianza y apoyo mutuo. Además, el bloque denominado “Habilidades de comunicación” se centró en el desarrollo de estrategias de comunicación operativas y positivas que ayudaran a mejorar la comunicación familiar.

En relación al *Desarrollo personal de la familia* se produce asimismo una mejora significativa tras la aplicación de la intervención combinada en el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones y en el grado de participación en actividades sociales y recreativas. La mejora puede estar relacionada con los contenidos específicos y eminentemente prácticos que incluía el programa de intervención para padres dentro del bloque denominado “El TDAH en mi familia: implicaciones educativas”. Uno de sus objetivos se centraba en que los padres aumentaran su conocimiento y desarrollaran algunas virtudes y fortalezas de los hijos así como el uso de estrategias para favorecer en ellos una adecuada autoestima. Durante las sesiones, los padres también intercambiaron impresiones sobre las actividades lúdicas que realizaban con sus hijos y los lugares de ocio que frecuentaban, de forma que entre ellos se incentivaron a participar más activamente a nivel social con su familia.

Por el contrario, el programa no se mostró efectivo para aumentar el grado de interés familiar en las actividades políticas, sociales, intelectuales o culturales, ni la importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y

religioso. Una posible razón a estos hallazgos es que el programa de intervención no incluyera entre sus objetivos la potenciación de estas actividades o valores.

Por último, en cuanto a la *Estabilidad familiar*, valorada como la estructura y organización percibida en la familia así como el grado de control que se ejerce sobre los hijos, tras la participación en la intervención combinada, los padres observan mejoras significativas tanto en la importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia, como en el grado en que la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos. Nuevamente, podemos encontrar una clara relación entre estos resultados y los contenidos de algunos bloques temáticos desarrollados en el programa de intervención para padres. Concretamente, en el bloque denominado “El TDAH en mi familia: implicaciones educativas” dos de sus objetivos se centraban por un lado en que los padres conocieran y valoraran la importancia de la estructura, orden y rutinas en la vida familiar, y por otro, en que desarrollaran normas en su vida familiar que favorecieran el desarrollo y autonomía de cada uno.

Dada la escasez de estudios debidamente controlados que hayan analizado la eficacia de intervenciones combinadas sobre el clima familiar, por el momento resulta difícil contrastar los resultados obtenidos por el presente estudio con investigaciones previas. En uno de los mejores estudios realizados sobre este tópico hasta la fecha, la investigación del MTA (1999), también encontraron que el tratamiento combinado lograba mejorar las relaciones entre los padres y los niños, así como en la reducción de la dureza e ineficacia en el trato de los padres hacia sus hijos. La intervención combinada ayudó a las familias a manejar a sus hijos con TDAH de forma más efectiva y a realizar las acomodaciones necesarias en sus vidas para mejorar el funcionamiento de la familia. Los cambios en las actitudes de los padres, así como en las prácticas disciplinarias utilizadas, consiguieron mejorar los problemas en el contexto familiar.

El *decimonoveno objetivo* se centró en analizar los efectos de una intervención combinada sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.

Los resultados confirmaron el efecto positivo que una intervención combinada produce en la sintomatología central de los niños con TDAH, tal y como planteábamos en nuestra hipótesis de inicio. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por otras investigaciones (Hoofdakker et al., 2007; MTA, 1999; Pelham et al., 2005; So et al., 2008; Van der Oord, 2007) en las que también demuestran la eficacia de la intervención combinada para reducir los niveles de atención, hiperactividad e impulsividad en el ambiente familiar.

Además, realizando un análisis individualizado cada uno de los niños de la muestra encontramos que los porcentajes de mejora oscilaron entre el 20% y el 75%. Todos los niños de la muestra cuyos padres y profesores participaron en la intervención combinada mejoraron en su sintomatología disatencional e hiperactiva-impulsiva. En conjunto, teniendo en cuenta las valoraciones de los padres tanto de inatención como de hiperactividad-impulsividad, 9 niños de la muestra (90%) no cumplirían con el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y dejarían de formar parte de la muestra disfuncional.

Comparación de Intervenciones

El *objetivo vigésimo* se centró en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre el clima familiar de los niños con TDAH.

Los resultados muestran una eficacia superior del grupo combinado en la mayoría de variables del clima familiar. Concretamente en su nivel de cohesión, expresividad, autonomía, organización, participación en actividades sociales y en el grado de control. Tal y como hemos descrito anteriormente, a lo largo del programa de intervención para padres se desarrollaron actividades eminentemente prácticas y de reflexión centradas en la mejora de estas variables. La asistencia continuada y la participación activa de los padres a lo largo del curso escolar favorecieron la consecución de los objetivos propuestos.

De nuevo, hemos de señalar la escasez de estudios que por el momento hayan analizado la eficacia diferencial de estos dos tipos de tratamientos para mejorar el ambiente familiar de los niños con TDAH. No obstante, nuestros hallazgos son consistentes con los resultados aportados por estudio más

completo hasta la fecha, el MTA (1999), que también constataron que el tratamiento farmacológico implementado como único tratamiento no producía mejoras en las relaciones familiares, que sí suelen mejorar con una aproximación multimodal o combinada.

El *vigesimoprimer objetivo* de nuestra investigación se centró en comparar el efecto diferencial de una intervención farmacológica versus una combinada sobre la sintomatología de TDAH de los niños en el ambiente familiar.

Los resultados de nuestra investigación muestran que aunque tras la intervención combinada se percibe una severidad menor en la sintomatología, en comparación con el grupo farmacológico, las diferencias entre los grupos no alcanzan a ser significativas. Es decir, no se confirma nuestra hipótesis de partida, al no encontrarse beneficios adicionales en la terapia combinada frente a la farmacológica, en la reducción de los síntomas centrales del trastorno.

Sin embargo, tras realizar análisis más individualizados de los datos encontramos diferencias de gran importancia a nivel clínico. Mientras que en el grupo de intervención farmacológico sólo un 20% de los niños de la muestra no cumplirían con el criterio A para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y por tanto dejarían de formar parte de la muestra disfuncional, en el grupo combinado el porcentaje de niños normalizados asciende según los padres al 90%. Asimismo, mientras que los niños del grupo farmacológico alcanzaron porcentajes de mejora entre un 16 y un 40%, los del grupo combinado mejoraron de un 20 a un 75%.

Nuestros resultados van en la misma línea que los obtenidos por otros estudios que encontraron que el tratamiento combinado era superior al exclusivamente farmacológico para normalizar la conducta así como para lograr superiores porcentajes de mejora en los niños con TDAH (68% versus 56% respectivamente) (Connors et al., 2001; Swanson et al., 2001).

En síntesis, según los resultados obtenidos en nuestra investigación en el **contexto familiar**, podemos concluir que la *intervención combinada* realizada en paralelo para padres y profesores ha supuesto un beneficio incremental al tratamiento exclusivamente farmacológico en la mayor parte de las variables analizadas. Concretamente, se ha mostrado efectiva y superior a la intervención exclusivamente farmacológica para:

- mejorar el clima familiar
- lograr mayores porcentajes de mejora en los niños y de normalización de sus conductas.

La intervención exclusivamente farmacológica no ha mostrado ser efectiva para mejorar el Clima familiar de los niños con TDAH, sólo se ha mostrado igualmente eficaz que la combinada para disminuir la severidad de la sintomatología de TDAH de los niños.

Finalmente, teniendo en cuenta que uno de los criterios para el diagnóstico del TDAH según el DSM-IV-TR (APA, 2000), concretamente el criterio C, exige que la sintomatología central del trastorno se presente al menos en dos ambientes naturales, nos pareció interesante desde el punto de vista clínico valorar de forma integrada los resultados obtenidos en el contexto escolar y familiar en cada uno de los niños de la muestra.

Tras la intervención farmacológica, tal y como muestran las tablas 12 y 40, teniendo en cuenta la información proporcionada tanto por los maestros como por los padres mediante el Cuestionario de TDAH (Amador et al., 2005), sólo un niño dejó de formar parte de la muestra disfuncional al no cumplir el criterio A ni el C de los criterios del DSM-IV-TR (2000).

Por su parte, tras la intervención combinada, los resultados indicaron que 3 niños, según las estimaciones realizadas en el contexto escolar y familiar, dejaron de formar parte de la muestra disfuncional. Podemos concluir que la intervención combinada se mostró más eficaz que la exclusivamente farmacológica no sólo para mejorar la sintomatología del trastorno (criterio A), sino para recuperar a un mayor número de niños con TDAH.

Estos resultados nos permiten mantener una actitud positiva y esperanzadora respecto a las posibilidades que ofrece la intervención combinada multicontextual y multicomponente realizada.

De nuestros resultados se desprenden una serie de implicaciones prácticas que pueden resultar útiles de cara a diseñar programas de intervención dirigidos a reducir en la medida de lo posible el amplio abanico de problemas que experimentan los niños hiperactivos a nivel personal, familiar y escolar.

El tratamiento exclusivamente farmacológico, cuando es necesario, no es la panacea para el tratamiento integral de un trastorno tan complejo como el TDAH. Sólo es capaz de mejorar a corto plazo los síntomas centrales del TDAH, pero se muestra insuficiente para lograr un efecto positivo en los problemas que aparecen en los contextos naturales donde el niño se desarrolla y aprende, es decir, en su familia y en la escuela (Miranda, Jarque y Tárraga, 2006).

Dado que el desarrollo apropiado de los mecanismos autorregulatorios se produce en una compleja red de influencias sociales, el tratamiento integral para un niño con TDAH debe incluir siempre el trabajo directo con los padres y profesores del niño (al menos con el tutor), con el objetivo de orientarles sobre la forma más eficaz de manejar las dificultades que presenta y favorecer su crecimiento personal, social y familiar (Chronis et al., 2005).

Efectivamente, modificar las prácticas educativas familiares es extremadamente importante pues las prácticas educativas inadecuadas son uno de los principales predictores de resultados negativos a largo plazo en niños con problemas de conducta. Nuestros resultados coinciden con los aportados por otros estudios que señalan que realizar intervenciones familiares en grupo con este objetivo es una forma efectiva de mejorar las prácticas educativas familiares y por tanto de tratar el TDAH (Fabiano et al., 2009; Miranda et al., 2008; Presentación et al., 2010).

Además, el asesoramiento a padres no debe centrarse únicamente en el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta, sino que debe abordar también las dimensiones afectivas de la paternidad (Miranda et al., 2007). Específicamente habría que ayudar a los padres a desarrollar técnicas para gestionar sus emociones, para mejorar sus formas de manejar el estrés y las situaciones conflictivas, así como estrategias positivas y operativas de comunicación y disciplina que favorezcan un adecuado clima familiar.

Aunque el entrenamiento a padres produce mejoras en el ambiente familiar, raramente tiene un efecto positivo en la mejora del funcionamiento académico o conductual en el contexto escolar. Es decir, los cambios que se producen en un contexto, raramente son generalizados a otro contexto en el que no se interviene. En consecuencia, si tenemos en cuenta que aproximadamente hay un alumno hiperactivo por aula (Barkley, 1990), y que las demandas

educativas que estos niños plantean a diario son extraordinarias, parece imprescindible implicar a los profesores en el tratamiento de cara a implementar lo antes posible intervenciones efectivas que mejoren la calidad de vida de estos niños.

Consideramos esencial dotar a los maestros de mayores conocimientos sobre el trastorno, para que crezcan en autoconfianza y aumente su capacidad para afrontar con éxito la enseñanza de los alumnos hiperactivos (Jarque, Tárraga y Miranda, 2007). Asimismo, en los programas de formación a profesores, deben incluirse sesiones encaminadas a mejorar la gestión de sus emociones, mediante técnicas que les ayuden a incrementar su grado de autocontrol en las situaciones conflictivas que habitualmente generan los niños hiperactivos en el aula.

Este tipo de acciones requiere una colaboración regular e intensiva entre los servicios de salud, las escuelas y las familias de los niños con TDAH. Los padres deben trabajar codo a codo con los clínicos y los profesores para desarrollar estrategias conjuntas y adecuadamente coordinadas que aseguren la eficacia del plan de tratamiento. El psicólogo escolar, podría ser la persona responsable de coordinar el tratamiento del niño con TDAH, favoreciendo la comunicación entre todos los demás profesionales que se impliquen en la intervención y la familia. Proponemos asimismo el contexto escolar, como el lugar de encuentro idóneo para los grupos paralelos de padres y profesores, pues pensamos que favorece de forma positiva la adherencia al tratamiento tanto de los maestros como de las familias.

Sin embargo, a pesar de las virtudes y potencialidades de nuestro estudio, también posee una serie de limitaciones que es necesario tener en cuenta.

En primer lugar, el tamaño muestral no era muy amplio, lo que aconseja la utilización de análisis estadísticos no paramétricos que presentan un menor poder de discriminación. No obstante, éramos conscientes de esta limitación al plantear el estudio, pues para la realización efectiva de un programa de intervención grupal con padres y con profesores, no era conveniente que el tamaño del grupo excediera a 20. Con ello, conseguimos que el nivel de participación, implicación y confianza mutua entre los participantes fuera muy elevado. En futuras investigaciones, para ampliar el tamaño muestral pueden plantearse varios grupos paralelos de padres y de profesores, pero en esta

investigación excedía las posibilidades personales de la investigadora que llevó personalmente los dos grupos de tratamiento.

En segundo lugar, no disponíamos de un grupo de niños con TDAH que no estuviera siendo tratado farmacológicamente y que recibiera únicamente la intervención psicosocial. De forma similar, tampoco conseguimos un grupo de niños con TDAH que no recibiera ningún tipo de tratamiento, ejerciendo como grupo control. No fue posible encontrar un grupo de 10 niños diagnosticados de TDAH que no estuvieran recibiendo ningún tipo de tratamiento, o que quisieran abandonarlo para formar parte de nuestra investigación. Además, tampoco nos pareció ético, proponer a las familias con hijos padeciendo este trastorno, que formaran parte de un grupo que durante un año no iba a recibir ningún tipo de tratamiento. Los programas de intervención de corta duración sí pueden plantearse crear un grupo de control al que ofrecer el mismo tratamiento que al grupo experimental terminada la investigación, a veces denominado grupo de lista de espera. En este sentido, por las características de nuestro programa de intervención, pensamos que no era éticamente posible crear este grupo control.

En tercer lugar, el tamaño muestral de nuestra investigación no permitió que realizáramos subgrupos que recibieran diferentes dosis de medicación y de tratamiento psicosocial. En futuras investigaciones, ampliando el tamaño muestral y los recursos personales, podrían realizarse análisis comparativos de la eficacia de las diferentes dosis de medicación combinadas con un tratamiento psicosocial también de diferentes grados de intensidad. Por el momento, se desconocen los efectos que tendría la aplicación de una terapia psicosocial de menor intensidad, en combinación con diferentes dosis de medicación.

En cuarto lugar, podrían haberse evaluado más competencias en los niños para valorar los efectos de las intervenciones, mediante pruebas neuropsicológicas o sociométricas, así como con registros observacionales. En futuros estudios, se incluirán más medidas de evaluación en los niños con TDAH para poder valorar el efecto de la intervención recibida por sus padres y profesores directamente sobre algunas variables neuropsicológicas o psicosociales.

En quinto lugar, los padres y los profesores son agentes activos en la intervención y al mismo tiempo evaluadores de sus resultados, lo que podría

conllevar algún tipo de sesgo. En futuras investigaciones deberían plantearse recoger datos de otros evaluadores, como serían los compañeros de clase, otros profesores de los alumnos que no participaran en el programa o los propios hermanos de los niños con TDAH.

Por último, no disponemos de datos de seguimiento de los resultados encontrados, información muy importante para discriminar los efectos reales de la intervención a largo plazo y diferenciarlos de las mejoras causadas por el desarrollo evolutivo de los niños o simplemente por el paso del tiempo. Es necesario plantear una futura investigación en la que con mayores recursos puedan llevarse a cabo análisis de seguimiento.

No obstante, consideramos que a pesar de sus limitaciones, nuestro estudio constituye un importante paso en el difícil camino de dar respuestas psicoeducativas reales a las necesidades especiales que presentan los niños hiperactivos en su entorno familiar y escolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Abidin, R., Greene, R., y Konold, T. (2004). *Index of Teacher Stress: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Abikoff, H., B. (1991). Cognitive training in ADHD children: less to it than meets the eye. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 205-209.
- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R.G., Weis, G., Fleiss, K., Etcovitch, J., et al. (2004). Symtomatic improvement in children with ADHD treated with long term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 802-811.
- Abikoff, H., McGough, J., Vitiello, B., McCracken, J., Davies, M., Walkup, J., et al. (2005). Sequential pharmacotherapy for children with comorbid attention-deficit/hyperactivity and anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 418-427.
- Acosta, M.T. (2007). Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por deficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnostic clinic. *Revista de Neurología*, 44 (2), 37-41.
- Achenbach, T.M. (2005). Advancing assessment of children and adolescents: commentary on evidence-based assessment of child and adolescent disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 4, 541-547.
- Adesida, O. y Foreman, D. (1999) A support for parents of children with hyperkinetic disorder (ADHD): an empowerment model. *Clinical of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 567-578.
- Adler, A. (1930). *The education of children*. New York: Greenberg.
- Adler, L.A. y Nierenberg, A. A. (2010). Review of medication adherence in children and adults with ADHD. *Postgraduate Medicine*, 122, 184-191.
- Aierbe, A. (2005). *Intervención psicopedagógica de los trastornos del desarrollo*. Málaga: Aljibe.
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Alda, J.A., Arango, C., Castro, J., PetitBò, M. D., Soutullo, C. y San, Ll. (2009). *Trastornos del comportamiento en la infancia y adolescencia: ¿qué está sucediendo?* Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona
- Allen, A.J., Kurlan, R.M., Gilbert, D.L., Coffey, B.J., Linder, S.L., Lewis, D.W., et al. (2005). Atomoxetine treatment in children and adolescents with ADHD and comorbid tic disorders. *Neurology*, 65, 1941-1949.
- Alizadeh, H., Applekist, K.F. y Coolidge, F.L. (2007). Parent self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse and Neglect*, 31, 567-72.
- Allodi, M. (2002). A two-level analysis of classroom climate in relations to social context, group composition, and organization of special support. *Learning Environments Research*, 5, 253-274.
- Allodi, M. (2010). The meaning of social climate of learning environments: some reasons why we do not care enough about it. *Learning Environments Research*, 13, 89-104.

- Amador, J.A., Forns, M., Guàrdia, J. y Però, M. (2005). Estructura factorial y datos descriptivos del perfil de atención y del cuestionario TDAH para niños en edad escolar. *Psicothema*, 18, (4), 696-703.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescent and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (AACAP official action). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 85-121.
- American Academy of Pediatrics (2001). Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 105, 1158-70.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (2nd edition). DSM-II. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3th edition). DSM-III. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3th edition, rev). DSM-III-R. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th edition). DSM-IV. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th edition, rev.). DSM-IV-TR. Washington, DC: Author.
- Antonucci, D., Kunins, C., Manos, M., López, F. A., y Kerney, D. L. (2010). Assessing effects of treatment with lisdexamfetamine dimesylate for pediatric ADHD using a parental survey. *CNS Spectrums*, 15, 248-256.
- Anastopoulos, A. D., Smith, J. M. y Wein, E. E. (1998). Counseling and training parents. En R. A. Barkley, *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2ª. ed., pp. 373-393). Nueva York: Guilford Press.
- Anhalt, K., McNeil, C.B. y Bahl, A.B. (1998). The ADHD classroom kit: a whole-classroom approach for managing disruptive behavior. *Psychology in the School*, 35, 67-69.
- Antrop, I., Buysse, A., Roeyers, H., Van Oost, P. (2005). Activity in children with ADHD during waiting situations in the classroom: a pilot study. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 51-69.
- Antshel, K.M. y Barkley, R.A. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 421-437.
- Ardoin, S.P. y Martens, B.K. (2004). Training children to make accurate self-evaluations: effects on behavior and the quality of self-ratings. *Journal of Behavioral Education*, 1, 1-23.
- Arcia, E., Frank, R., Sánchez-Lacay, A. y Fernández, M.C. (2000). Teacher understanding of ADHD as reflected in attributions and classroom strategies. *Journal of Attention Disorders*, 4, 91-101.

- Arco, J.L., Fernández, F.D., e Hinojo, F.J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: intervención psicopedagógica. *Psicothema*, 16, 408-414.
- Armengol, C. G. (2003). Effect of co-morbid depression on Continuous Performance Test (CPT) task in collage students with ADHD. *Revista Española de Neuropsicología* 5, 1, 33-48.
- Arnold, L., Elliott, M., Sachs, L., Bird, H., Kraemer, H.C., Wells, K.C., et al. (2003). Effects of ethnicity on treatment attendance, stimulant response/dose, and 14-month outcome in ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 713-727.
- Arnold, L., DiSilvestro, R.A., Bozzolo, D., Bozzolo, H., Crowl, L., Fernández, S., et al. (2011). Zinc for attention-deficit/hyperactivity disorder: Placebo-controlled double-blind pilot trial alone and combined with amphetamine. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 21, 1-19.
- Arnsten, A. F. (2009). Toward a new understanding of ADHD pathophysiology: an important role of prefrontal cortex dysfunction. *CNC Drugs*, 23, 33-41.
- Artigas-Pallarés, J. (2004). Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (supl 1), 117-123.
- Artigas-Pallarés, J. (2009a). Modelos cognitivos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49 (11), 587-593.
- Artigas-Pallarés, J. (2009b). Dislexia: enfermedad, trastorno o algo distinto. *Revista de Neurología*, 48, (2), 63-69.
- Ashton, H., Gallagher, P. y Moore, B. (2006). The adult psychiatrist's dilemma: psychostimulant use in attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 20, 602-610.
- Bados, A. y García, E. (2009). *El proceso de evaluación y tratamiento*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado el 22 de noviembre de 2011, de <http://hdl.handle.net/2445/9893>.
- Baer, R. y Nietzel (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.
- Banaschewski, T., Coghill, D., Santosh, P., Zuddas, A., Asherson, P., Buitelaar, J., et al. (2006). Long-acting medications for the hyperkinetic disorders. A systematic review and European treatment guideline. *European of Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 476-495.
- Baeyens, D., Roeyers, H. y Walle, J.V. (2006). Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*, 36, 403-417.
- Baggerly, J. (2004). The effects of child-centered group play therapy on self-concept, depression, and anxiety of children who are homeless. *International Journal of Play Therapy*, 13, 31-51.

- Bakhshayesh, A.I., Hänsch, S. Wyszkon, A. Rezai M.J. y Esser, G. (2011). Neurofeedback in ADHD: A single-blind randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20(9), 481-491.
- Baltes, P. B., Reese, H. W. y Nesselroade, J. R. (1977). *Life-span developmental psychology: Introduction to research methods*. Monterey: Brooks/Cole.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-hall.
- Bangs, M., Tausher-Wisniewski, S., Polzer, J. (2008). Meta-analysis of suiciderelated behavior events in patients treated with atomoxetine. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 209-218.
- Barkley, R.A. (1982). Guidelines for defining hyperactivity in children. En B. Lahey y A. Kazdin (Ed.), *Advances in Clinical Child Psychology*, 6, New York: Plenum Press.
- Barkley, R. A. (1997a). *ADHD and the nature of the self-control*. New York: Guilford.
- Barkley, R.A. (1997b). *Defiant Children: A clinicians manual for assessment and parent training*. New York: Guilford Press.
- Barkley R.A. (1997c). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R.A. (1998a). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 2 ed. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1998b). A theory of ADHD: inhibition, executive functions, self-control, and time. In R.A. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorders: a handbook for diagnosis and treatment* (pp. 225-262). New York: Guilford.
- Barkley, R.A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of clinical Psychiatry*, 63 (12), 36-43.
- Barkley, R.A. (2006). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48 (Supl 2), 101-106.
- Barkley R. (2010). Against the status quo: revising the diagnostic criteria for ADHD. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 210-6.
- Barkley, R.A. y Gordon, M. (2002). Research on comorbidity, adaptive functioning, and cognitive impairments in adults with ADHD: implication for a clinical practice. In S. Goldstein y A.T. Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention* (pp. 43-69). San Diego: Academic Press.
- Barkley, R., Murphy, K. y Fischer, M. (2008). *ADHD in adults: what the science says*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. y Feltcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a

- function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279-289.
- Barkley, R.A., Shelton, T.L., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barret, S., Jenking, L. y Metevia, L. (2000). Early intervention with preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive behavior. Two-year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 253-266.
- Barlow, J., Coren, E., y Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *British Journal of General Practice*, 52 (476), 223-233.
- Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Chavez, L., Rubio-Stipec, M., Ramirez, R. y Padilla, L. (2007). ADHD and gender: are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 831-839.
- Baxter, J., y Rattan, G. (2004). Attention deficit disorder and the internalizing dimension in males, ages 9-0 through 11-1. *International Journal of Neuroscience*, 114, 817-832.
- Bekle, B. (2004). Knowledge and attitudes about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): a comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *Journal of Attention Disorders*, 7, 151-161.
- Benjumea P. (2006). Trastornos hiperkinéticos. Guía para su diagnóstico. En C. Ballesteros (Ed), *Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia Clínica. Guías Clínicas* (pp. 116-128). Madrid: Adalia.
- Berger, I., Dor, T., Nevo, Y. y Goldzweig, G. (2008). Attitudes toward attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) treatment: Parents' and children's perspectives. *Journal of Child Neurology*, 23, (9), 1036-1042.
- Biederman, J. (2004). Impact of comorbidity in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (Suppl 3), 3-7.
- Biederman, J. y Faraone, S.V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366, 237-248.
- Biederman, J., Newcorn, J., Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. *American of Journal Psychiatry*, 148, 564-77.
- Biederman, J., Milberger, S., y Faraone, S.V. (1995). Family environmental risk factors for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 52, 464-470.
- Biederman, J., Mick, E. y Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, 157, 816-818.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V. y Burbach, M. (2001). Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: A four-year prospective study of an ADHD Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(3), 290-298.

- Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Moore, P. y Lelon, E. (1996). Child behavior checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 734-742.
- Biederman, J., Chrisman, A. K., Dodson, W., Goodman, D. W. y McGough, J. (2004). Part 2-Adult ADHD: Clinical criteria for diagnosis and management. *CME Accredited Monograph*, 1-4.
- Biederman, J., Monuteaux, M.C., Spencer, T., Wilens, T.E. y Faraone, S.V. (2009). Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics*, 124(1), 71-78.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Van Patten, S., Burbach, M. y Wozniak, J. (2004). A prospective follow-up study of pediatric bipolar disorder in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 17-23.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Doyle, A.E., Lehman, B.K., Kraus, I., Perrin, J., et al. (1993). Convergence of the Child Behavior Checklist with structured interview- based psychiatric diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1241-1251
- Blackman, G. L., Ostrander, R., y Herman, K. C. (2005). Children with ADHD and depression: A multisource, multimethod assessment of clinical, social, and academic functioning. *Journal of Attention Disorders*, 8, 195-207.
- Bloch, S. y Crouch E. (1985). *Therapeutic factors in group psychotherapy*. Oxford: OUP.
- Bloomquist, M.L., August, G.J., y Ostrander, R. (1991). Effects of school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 591-605.
- Bock, J. y Braun, K. (2011). The impact of perinatal stress on the functional maturation of prefronto-cortical synaptic circuits: implications for the pathophysiology of ADHD? *Progress in Brain Research*, 189, 155-169.
- Boggio, P.S., Sultani, N., Fecteau, S., Merabet, L., Mecca, T., Pascual-Leone, A. (2008). Prefrontal cortex modulation using transcranial DC stimulation reduces alcohol craving: a double-blind, sham-controlled study. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 55-60.
- Bor, W., Sanders, M.R. y Markie-Dadds, C. (2002) The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 571-587.
- Borrego, O. (2003). Tratamiento del síndrome hiperquinético en la infancia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 27 (5), 145-151.
- Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European Journal Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 484-494.

- Bracy, O.L. (1986). Cognitive rehabilitation: a process approach. *Cognitive Rehabilitation*, 4, 10-17.
- Bradley, C. (1937). The behaviour of children receiving Benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Bradshaw, c., Glaser, B., Calhoun, G. y Bates, J. (2006). Beliefs and practices of parents of violent and oppositional adolescents: an ecological perspective. *The Journal of Primary Prevention*, 27, 245-263.
- Brandeis, D. (2001). Neurofeedback training in ADHD: More news on specificity. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20 (9), 481-491.
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., y Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 376-390.
- Breiter, H.C., Aharon, I., Kahneman, D., Dale, A. y Shizgal, P. (2001). Functional imaging of neural responses to expectancy and experience of monetary gains and losses. *Neuron*, 30, 619-639.
- Brestan, E. V. y Eyberg, S. V. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (2), 180-189.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. y Ceci, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a biological model. *Psychology Review*, 101, 568-586.
- Buchmann, J., Gierow, W., Weber, S., Hoepfner, J., Klauer, T., Benecke, R., et al. (2007). Restoration of disturbed intracortical motor inhibition and facilitation in attention deficit hyperactivity disorder children by methylphenidate. *Biological Psychiatry*, 62, 963-969.
- Burgin, D. y Leutinger, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and trauma. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 237-241.
- Bush, G., Valera, E. M. y Seidman, L. J. (2005). Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological Psychiatry*, 57, 1273-1284.
- Bussing, R., Schoenberg, N.E. y Perwien, A.R. (1998). Knowledge and information about ADHD: Evidence of cultural differences among African-American and white parents. *Social Science and Medicine*, 46 (7), 919-928.
- Butler, T., y Fuhrman, A. (1983). Curative factors in group therapy: A review of recent research literature. *Small Group Behavior*, 14, 131-142.
- Çak, Halime T., Çetin, Füsun Çuhadaroglu (2006). Reboxetine use in the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(6), 803-804.
- Camp, B. y Basch, M. (1980). Think aloud: Improving self-control though training in problem-solving. In D.P. Bauthjen y J.P. Forget (Eds.), *Social Competence: Intervention for children and Adults*. New York: Pergamon Press.

- Cardo, E. y Servera, M. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder: the state of the matter and further research approaches. *Revista de Neurología*, 16, 365-72.
- Cardo, E. y Servera, M. y Llobera, J. (2007). Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal en la isla de Mallorca. *Revista de Neurología*, 44, 10-14.
- Cardo, E., Servera, M., Vidal, C., De Azua, B., Redondo, M. y Riutort, L. (2011). Influencia de los diferentes criterios diagnósticos y la cultura en la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 52 (Supl 1), 109-117.
- Carey, W. B. (2000). What the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder did and did not say about the use of methylphenidate for attention deficits. *Pediatrics*, 105, 863-864.
- Carlson, C. (1986). Attention deficit disorder without hyperactivity: a review of preliminary experimental evidence. In B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (pp. 153-175). New York: Plenum Press.
- Carlson, C. L., Pelham, W. E., Milich, R., y Dixon, J. (1992). Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 213-232.
- Carlson, C. y Mann, M. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive subtype. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 9, 499-510.
- Castellanos, F.X. (2009). Toward the dimensionome: parsing reward-related processing in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 65, 5-6.
- Castellanos, F.X. y Acosta, M.T. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 38 (Supl 1), 131-136.
- Castellanos, F.X., Marvasti, F.F., Ducharme, J.L. Walter, J.M. Israel, M.E. Krain, A., Pavlovsky, C. y Hommer, D.W. (2000). Executive function oculomotor tasks in girl with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (5), 644-650.
- Castellanos, F.X., Lee, P.P., Sharp, W., Jeffries, N.O., Greenstein, D.K., Clasen, L.S., et al. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1740-1748.
- Chafouleas, S.M., Riley-Tillman, T.C. y McDougal, J.L. (2002). Good, bad, or in-between: How does the daily behavior report card rate?. *Psychology in the Schools*, 39(2), 157-169.
- Chan, E. (2002). The role of complementary and alternative medicine in attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 23 (1), 37-45.

- Cherkasova, M. V. y Hetchman, L. (2009). Neuroimaging in ADHD: beyond the frontostriatal circuitry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 651-664.
- Cheuk, D. K. y Wong, V. (2006). ADHD and blood mercury level: a case-control study in chinese children. *Neuropediatrics*, 37, 234-240.
- Chorpita, B.F. (2003). The frontier of evidence-based practice. In A.E. Kazdin y J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychoterapies for children and adolescents* (pp. 42-59). New York: Guilford.
- Chronis, A., Chacko, A., Fabiano, B., Wymbs, B. y Pelham, W. (2004). Enhancements to the behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1.
- Chronis, A., Jones, H. y Raggi, V. (2006). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 26, 486-502.
- Clements, S.D. (1966). *Minimal Brain Dysfunction in children. Terminology and Identification*. (USPH Publication n° 1415). Washington, U.S. Government Printing Office.
- Coghill, D., Soutullo, C., d'Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. y Buitelaar, J. (2008). Impact of attention-deficit/hyperactivity disorder on patient and family: results from a European survey. *Child and Adolescent Psychiatry and mental Health*, 2, 31.
- Colomer, C., Miranda, A., Herdoiza, P. y Presentación, M.J. (2012). Funciones ejecutivas y características estresantes de niños con TDAH: influencias en los resultados durante la adolescencia. *Revista de Neurología*, 54 (1), 117-126.
- Conners, C. K. (1999). Clinical use of rating scales in diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatric Clinics of North America*, 46, 857-870.
- Conners, C. K. (2001). *Conners' Rating Scales – Revised: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Connor, D.F., Edwards, G., Fletcher, K.E., Baird, J., Barkley, R.A. y Steingard, R. (2003). Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (2), 193-200.
- Coulter, M.K. y Dean, M.E. (2007). Homeopathy for attention deficit/hyperactivity disorder or hyperkinetic disorder. *Cochrane Database System Review*, 4.
- Crystal, D. S., Ostrander, R., Chen, R. S., y August, G. J. (2001). Multimethod assessment of psychopathology among DSM-IV subtypes of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: self, parent, and teacher reports. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 189-205.
- Cubero (2006). Los trastornos de la atención con o sin hiperactividad: una mirada teórica desde lo pedagógico. *Revista electrónica Actualidades investigativas en educación*, 6 (1), 1-45.

- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. W. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHD: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, 21, 171-196.
- Cunningham, C. E., Bremner, R. B., y Boyle, M. (1995). Large Group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 36 (7), 1141-1159.
- Curtis, D. F., Pisecco, S., Hamilton, R. J., & Moore, D. W. (2006). Teacher perceptions of classroom interventions for children with ADHD: A cross-cultural comparison of teachers in the United States and New Zealand. *School Psychology Quarterly*, 21, 171-196.
- Daley, D. (2006). Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. *Child Care Health Development*, 32, 193-204.
- Daly, B.P., Creed, T.A., Xanthopoulos, M., y Brown, R.T. (2007). Psychosocial treatments for children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology Review*, 17, 73-89.
- Dane, A.V., Schachar, R.J. y Tannock, R. (2000). Does actigraphy differentiate ADHD subtypes in a clinical research setting? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 752-760.
- Danger, S., y Landreth, G. (2005). Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. *International Journal of Play Therapy*, 14, 81-102.
- Daughton, J., Kratochvil, C.J. (2009). Review of ADHD Pharmacotherapies: advantages, Disadvantages and Clinical Pearls. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(3), 240-248.
- Del Campo, N., Chamberlain, S. R., Sahakian, B. J. y Robbins, T. W. (2011). The roles of dopamine and noradrenaline in the pathophysiology an treatment of ADHD. *Biological Psychiatry*, 69, 145-167.
- Demaray, M.P. y Malecky, C.K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 39, 305-316.
- Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2009). La salut de la població infantil a Catalunya. Enquesta de Salut 2006.
- Díaz-Fernández, R. (2005). Análisis psicosocial de la problemática de los niños hiperactivos en las aulas. Las comunidades de aprendizaje como metodología de integración. *Studium. Revista de Humanidades*, 11, 241-256.
- Díaz Atienza, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55
- Díaz-Heijtz, R., Mulas, F. y Fossberg, H. (2006). Alteraciones de los patrones de los marcadores de dopamina en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Neurología*, 42 (2), 19-23.

- Díez, A., Figueroa, A. y Soutullo, C. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): comorbilidad psiquiátrica y tratamiento farmacológico alternativo al metilfenidato. *Revista de Pediatría Atención Primaria*, 8 (4),135-155.
- Dinkmeyer, D. y McKay, G. (1976): *Systematic Training for Effective Parenting*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Dinkmeyer, D. y McKay, G. (1982). *Parents Handbook - Systematic Training for Effective Parenting*. Circle Pines, MN: American Guidance Services.
- Döpfner, M., Breuer, D., Wille, N., Erhart, M., Ravens-Sieberger, U. (2008) How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample-result of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 59-70.
- Döpfner, M., Breuer, D., Schürmann, S., Wolff, T., Rademacher, C. y Lehmkuhl, G. (2004). Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with ADHD-global outcome. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 117-129.
- Douglas, V.L. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 159-182.
- Doyle, A. E. (2006). Executive functions in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (8), 21-6.
- Dreikurs, R. y Soltz, V. (1964). *Children: the Challenge*. Nueva York: Hawthorn Books.
- DuPaul, G y Stoner, G. (1994). *ADHD in the schools: assessment and intervention strategies*. New York: Guilford Press.
- DuPaul, G.J., y Eckert, T.L. (1997). The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5-27.
- DuPaul, G.J., y Weyandt, L.L. (2006). School-based intervention for children with attention deficit hyperactivity disorder: Effects on academic, social and behavioral functioning. *International Journal of Disability Development and Education*, 53, 161-176.
- D´Zurilla y Goldfried (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126
- Edmond, V., Joyal, C. y Poissant, H. (2009). Structural and functional neuroanatomy of ADHD. *Encephale*, 35, 107-114.
- Efron, D., Hiscock, H., Sewell, JR., Cranswick, NE., Vance, A.L., Tyl, Y., et al. (2003). Prescribing of psychotropic medications for children by Australian pediatricians and child psychiatrists. *Pediatrics*, 111(2), 372-375.
- Elia, J., Borchering, B., Potter, W., Mefford, I., Rapoport, J., Keysor, C. (1990). Stimulant drug treatment of hyperactivity: biochemical correlates. *Clinical of Pharmacological Therapy*, 48, 57-66.

- Escobar, R., Soutullo, C.A., Hervás, A., Gastaminza, X., Poliavieja, P. Gilaberte, I. (2005). Worse quality of life for children with newly diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder, compared with asthmatic and healthy children. *Pediatrics*, 116: 364-369.
- Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). The influence of violent behavior and victimization at school on psychological distress: the role of parents and teachers. *Adolescence*, 40, 183-195.
- Evans, S.W., Axelrod, J. y Langberg, J.M. (2004). Efficacy of a school-based treatment program for middle school youth with ADHD. *Behavior Modification*, 28 (4), 528-547.
- Evenden, J. (1999). Impulsivity: a discussion of clinical and experimental findings. *Journal of Psychopharmacology*, 13, 180-192.
- Eysenck, M.W. y Calvo, M.G. (1992). Anxiety and performance: the processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.
- Fabiano, G.A. y Pelham, W.E. (2003). Improving the effectiveness of behavioral classroom interventions for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a case study. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 122-128.
- Fabiano, G., Pelham, W.E., Coles, E. y Gnagy, E. (2009). A meta-analysis of behavioral treatments for ADHD. *Clinical Psychology Review*, 29, 129-140.
- Fall, M., Balvanz, J., Johnson, L., y Nelson, L. (1999). A play therapy intervention and its relationship to self-efficacy and learning behaviors. *Professional School Counseling*, 2, 194-204.
- Faraone, S.V., Biederman, J. y Moniteaux, M. (2002). Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent ADHD. *Journal of Attentional Disorders*, 6, 5-13.
- Faraone, S.V. Sergeant, J. Gillbert, C. y Biedeman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.
- Faraone, S.V., Spencer, T.J., Montano, B. y Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Archives of Internal Medicine*, 16, 1221-1226.
- Faraone, S., Biederman, J., Spencer, T. y Aleardi, M. (2006). Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *General Medicine*, 8, 4.
- Faraone, S., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., Biederman, J. (2004). Metaanalysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 24-9.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J., Holmgren, M.A., et al. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313-1323.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C., et al. (2006). Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late

- onset and subthreshold diagnoses valid? *American Journal of Psychiatry*, 163, 1720.
- Fernández, A. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y retraso mental. *Revista de Neurología*, 42, 25-27.
- Fernández, A., Martín, D., Calleja, B, Muñoz, N. y López, S. (2012). Endofenotipos genómicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 54 (1), 81-87.
- Fernández, A., Quintero, J., Hornero, R., Zuluaga., P., Navas, M., Gómez, C., et al. (2009). Complexity analysis of spontaneous brain activity in ADHD: diagnostic implications. *Biological Psychiatry*, 65,571-7.
- Fernández-Ballesteros, R. y Sierra, B. (1989). *Escalas de clima social: familia, trabajo, instituciones penitenciarias, centro escolar. Manual: Investigación y publicaciones psicológicas*. Tea Ediciones, S.A.
- Field, T.M., Quintino, O., Hernández-Reif, M. (1998). Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder benefit from massage therapy. *Adolescence*, 33, 103-108.
- Fischman, W., Dibara, J.A. y Gardner, H. (2006). Creating good education against the odds. *Cambridge Journal of Education*, 36, 383-398.
- Flahive, M. (2005). *Group sandtray therapy at school with preadolescents identified with behavioral difficulties*. Unpublished doctoral dissertation, University of North Texas.
- Fodor, J. A. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge. Massachusetts: MIT Press.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- Forehand, R.L. y McMahon, R.L. (1981). *Helping the noncompliant child*. New York: Guilford Press.
- Forgatch, M. S. y Patterson, G. R. (1989). *Parents and adolescents living together: Family problem solving*. Eugene, OR: Castalia.
- Fregni, F. y Pascual-Leone, A. (2007). Technology insight: noninvasive brain stimulation in neurology-perspectives on the therapeutic potential of rTMS and tDCS. *Nature Clinical Practice*, 3, 383-93.
- Frei, H., Everts, R., von Ammon, K., Kaufmann, F., Walther, D., Hsu-Schmitz, S.F., et al. (2005). Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomised, double blind, placebo controlled crossover trial. *European Journal of Pediatrics*, 164 (12), 758-767.
- Friars, P. M. y Mellor, D. J. (2007). Drop out from behavioural management training programs for ADHD: A prospective study. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 427-441.
- Friedman, M., Chhabildas, N., Budhiraja, N., Willcutt, E.G.y Pennington, B.F. (2003). Etiology of the comorbidity between RD and ADHD: Exploration of the non-random mating hypothesis. *American Journal of Human Genetics*, 120B, 109-115.
- Froehlich, T. E., Lanphear, B. P., Auinger, P., Hornung, R., Epstein, J.N., Braun, J. y Kahn, R.S. (2009). The Association of Tobacco and Lead Exposure with

- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National Sample of U.S. Children. *Pediatrics*, 124, 1054-1063.
- García, J.N., Marbán, J. e IPDDA (2007). Problemas atencionales y de hiperactividad e impulsividad en alumnos con dificultades de aprendizaje de la escritura. *Boletín de Psicología*, 91, 7-26.
- García, J.N., Rodríguez, C., Pacheco, D.I. y Díez, C. (2009). Influencia del esfuerzo cognitivo y variables relacionadas con el TDAH en el proceso y producto de la composición escrita. Un estudio experimental. *Estudios de Psicología*, 30, 31-50.
- García, J.N., Rodríguez, C., De Caso, A.M., Fidalgo, R., Arias, O., González, L., Martínez, B. (2007). El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Diferencias entre los diferentes subtipos en la composición escrita. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 369-390.
- García, R., Presentación, M.J., Sighenther, R. y Miranda, A. (2006). Estado sociométrico de los niños con trastorno de atención con hiperactividad subtipo combinado. *Revista de Neurología*, 42 (Supl 1), 13-17.
- Gargallo, C. (1993). *PIAAR. Programa de intervención educativa para aumentar la atención y la reflexividad*. Madrid: TEA.
- Garza, Y., y Bratton, S. (2005). School-based child centered play therapy with Hispanic children: Outcomes and cultural considerations. *International Journal of Play Therapy*, 14, 51-79.
- Gau, S. S.y Shang, C. (2010). Executive functions as endophenotypes in ADHD: evidence from the Cambridge Neuropsychological test Battery (CANTAB). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 838-849.
- Gelder, M.G., López Ibor, J.J., Andreasen N.C. (2003). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Geller, B., Williams, M., Zimmerman, B., Frazier, J., Beringer, L. y Warner, K.L. (1998). Prepubertal and early adolescent bipolarity differentiate from ADHD by maniac symptoms, gradiose delusions, ultra-rapid or ultradian cycling. *Journal of Affective Disorders*, 51, 81-91.
- Geller, D., Donnelly, C., López, F., Rubin, R., Newcorn, J., Sutton, V., y cols. (2007). Atomoxetine treatment for pediatrics patients with attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid anxiety disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1119-1127.
- Ghanizadeh, A., Bahredar, M.F., Moeini, S.R. (2006). Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Education and Counseling*, 63, 84-88.
- Ghuman, J.K., Arnold, L.E. y Anthony, B.J. (2008). Diagnosis, psychopharmacological and other treatments in preschool children with ADHD: Current evidence and practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 413-447.
- Ginott, H. (1971). *Teacher and child*. New York: Collier
- Goksoyr, P. K., y Nottestad, J. A. (2008). The burden of untreated ADHD among adults: The role of stimulant medication. *Addictive Behaviors*, 33, 342-346.

- Goldstein, S. (2002). Continuity of ADHD in adulthood: hypothesis and theory meet reality. In S. Goldstein y A.T. Ellison (Eds.), *Clinician's guide to adult ADHD: assessment and intervention* (pp. 25-42). San Diego: Academic Press.
- González de Dios, J., Cardó, E., Servera, M. (2006). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: ¿realizamos una práctica clínica adecuada? *Revista de Neurología*, 43, 705-714.
- Goos, L. M., Crosbie, J., Payne, S., y Schachar, R. (2009). Validation and extension of the endophenotype model in ADHD of inheritance in a family study of inhibitory control. *American Journal of Psychiatry*, 166, 711-717.
- Gordon, T. (1975). *Parent Effectiveness Training*. New York: Peter Wyden.
- Gordon, M., Thomason, D., Cooper, S., e Ivers, C. (1991). Nonmedical treatment of ADHD/Hyperactivity: the attention training system. *Journal of School Psychology*, 29, 151-159.
- Greenhill, L.L., Abikoff, H.B. y Arnold, L.E., Cantwell, D.P., Conners, C.K., Elliott, G., et al. (1996). Medication treatment strategies in the MTA study: Relevance to clinicians and researchers. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1304-1313.
- Graziano, P.A., Gellken, G.R. y Lall, A.S. (2011). Heterogeneity in the pharmacological treatment of children with ADHD: cognitive, behavioural and social functioning differences. *Journal of Attention Disorders*, 15, 382-391.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat (AIAQS) de Catalunya.
- Gustafsson, P., Hansson, K., Eidevall, L., Thernlund, G. y Svedin, C. G. (2008). Treatment of ADHD with amphetamine: short-term effects on family interaction. *Journal of Attention Disorders*, 12, 83-91.
- Hallahan, D.P., Kneedler, R.D. y Lloyd, J.W. (1983). Cognitive behavior modification techniques for learning disabled children; Self-instruction and self-monitoring- In J.D. McKinney y L. Feagans (Eds.), *Current Topics in Learning Disabilities*. New York. Ablex Publishing.
- Halperin, J.M. y Schulz K.P. (2006). Revisiting the role of the prefrontal cortex in the pathophysiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychology Bulletin*, 132, 560-81.
- Harrison, L.J., Manocha, R. y Rubia, K. (2004). Sahaja Yoga meditation as a family treatment programme for children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9 (4), 479-497.

- Harvey, E. (2000). Parenting similarity and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Family Behavior Therapy*, 22 (3), 39- 54.
- Heiligenstein, E., Conyers, L.M., Berns, A.R., Miller, M.A., Smith, M.A. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in college students. *Journal of American College Health*, 46, 185-188.
- Heinonen, K., Räikkönen, K., Pesonen, A. K., Andersson, S., Kajantie, E., Eriksson, J. G., et al. (2010). Behavioural symptoms of ADHD in preterm children born small and appropriate for gestational age: a longitudinal study. *Pediatrics*, 15, 10.
- Henríquez, M., Zamorano, F., Rothhammer, F. y Aboitiz, F. (2010). Modelos neurocognitivos para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y sus implicaciones en el reconocimiento de endofenotipos. *Revista de Neurología*, 50, 109-16.
- Herrera, E., Calvo, M.T. y Peyres, C. (2003). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad desde una perspectiva actual. Orientaciones a padres y profesores. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 26 (1), 5-19.
- Herzog, H., Lele, V.R. y Kuwert, T. (1990). Changed pattern of regional glucose metabolism during yoga meditative relaxation. *Neuropsychobiology*, 23, 182-187.
- Hinshaw, S. P. (2007). Moderators and mediators of treatment outcome for youth with ADHD: Understanding for whom and how interventions work. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 664-675.
- Hinshaw, S.P. y Melnick, S. (1992). Self-management therapies and attention-deficit hyperactivity disorder. Reinforced self-evaluation and anger control interventions. *Behavior Modification*, 16, 253-273.
- Hinshaw, S.P. y Blachman, D.R. (2005) Attention-deficit/Hyperactivity Disorder in Girls. In D. Bell-Dolan, S. Foster y E.J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional problems in girls*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Hoeppepner, J., Wandschneider, R., Neumeyer, M., Gierow, W., Haessler, F., Herpertz, S., et al. (2008). Impaired transcallosally mediated motor inhibition in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder is modulated by methylphenidate. *Journal of Neural Transmission*, 115, 777-785.
- Hoza, B., Kaiser, N. M. y Hurt, E. (2007). Multimodal treatment for childhood attention-deficit/hyperactivity disorder: interpreting outcomes in the context of study designs. *Clinical of child Family and Psychological Review*, 10, 318-334.
- Hoza, B., Pelham, W.E., Waschbusch, D.A., Kipp, H. y Sarno, J. (2001). Academic task persistence of normally achieving ADHD and control boys: performance, self-evaluations, and attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 271-283.
- Hughes, J.N. (1988). *Cognitive behavioral therapy with children in schools*. New York: Pergamon Press.

- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S.L. y McGough, J.J. (2007). ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1605-1613.
- Icart, A. (2007). Tratamiento del niño hiperactivo a través de la familia. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 2, 31-42.
- Institute for Clinical Systems Improvement. (2007). *Diagnosis and management of attention deficit hyperactivity disorder in primary care for school age children and adolescents*. Bloomington.
- Ireland, J.L., Sanders, M.R., y Markie-Dadds, C. (2003). The impact of parent training on marital functioning: A comparison of two group versions of the Triple-P positive Parenting Program for parents with early-onset conduct problems. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 127-142.
- Jacobs, J., Williams, A.L., Girard, C., Njike, V.Y. y Katz, D. (2005). Homeopathy for attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot randomized-controlled trial. *Journal of Alternative and Complement Medicine*, 11(5), 799-806.
- Jain, M., Vélez, J. I., Acosta, M. T., Palacio, L. G. (2011). A cooperative interaction between LPHN3 and 11q doubles the risk for ADHD. *Molecular Psychiatry*, 24.
- Jarque, S. (en prensa). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).
- Jarque, S. y Tárraga, R. (2009). Comparación de los conocimientos sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de los maestros en activo y los futuros educadores. *Infancia y Aprendizaje*, 32 (4), 517-529.
- Jarque, S., Tárraga, R. y Miranda, A. (2007). Conocimientos, concepciones erróneas y lagunas de los maestros sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 19 (4), 585-590.
- Jensen, P.S. y Kenny, D.T. (2004). The effects of yoga on the attention and behavior of boys with Attention-Deficit/ hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 7(4), 205-216.
- Jensen, P.S., Hinshaw, S.P., Kraemer, H.C., Lenora, N., Newcorn, J.H., Abikoff, H.B., et al. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158.
- Jensen, P., Hinshaw, S., Swanson, J., Greenhill, L., Conners, C., Arnold, L., et al. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental Behavior Pediatrics*, 22, 60-77.
- Jensen, P. S., Arnold, L. E., Swanson, J. M., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Greenhill, L. L., et al. (2007). Three-year follow-up of the NIMH MTA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 989-1002.

- Jerome, L., Gordon, M. y Hustler, P. (1994). A comparison of American and Canadian teachers's knowledge and attitudes towards Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 563-567.
- Jitendra, A., Edwards, L., Sacks, G. y Jacobson, L. (2004). What research says about vocabulary instruction for students with learning disabilities. *Council for Exceptional Children*, 70, 299-322.
- Johnson, M. H. (2001). Functional brain development in humans. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 475-483.
- Johnson, B. y Stevens, J. (2006). Student achievement and elementary teachers' perceptions of school climate. *Learning environments Research*, 9, 111-122.
- Johnston, C. y Freeman, W. (1997). Attributions for Child Behavior in Parents of Children Without Behavior Disorders and Children With Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 636-645.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T. y Eames, C. (2008). Efficacy of The Incredible Years Basic Parent Training Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD. *Child Care Health and Development*, 33 (6), 749-756.
- Kapalka, G.M. (2007) La colaboración entre pediatras y psicólogos en el diagnóstico y tratamiento de niños con TDAH. *Papeles del psicólogo*, 28 (2), 84-88.
- Karmiloff-Smith, A. (1998). Developmental itself is the clue to understanding developmental disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 389-398.
- Karmiloff-Smith, A. (2009). Nativism versus neuroconstructivism: rethinking the study of developmental disorders. *Developmental Psychology*, 45, 56-63.
- Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings* (6ª ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Kwasman, A., Tinsley, B. J. y Lepper, H. S. (1995). Pediatricians' knowledge and attitudes concerning diagnosis and treatment of attention deficit and hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 149, 1211-1216.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kendall ,P.C., Padever,W. y Zupan,B. (1980). *Developing self-control in children. A lmanual of cognitive-behavioral strategies*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Kent, L., Doerry, U., Hardy, E., Parmar, R., Gingell, K., Hawi, Z., et al. (2002). Evidence that variation at the serotonin transporter gene influences susceptibility to ADHD: analysis and pooled analysis. *Molecular Psychiatry*, 7, 908-912.

- Keownn, L., Woodard, L.J. (2002). Early parenting and family relationships of preschool children with pervasive hyperactivity. *Journal of Child Psychology*, 30, 541-53.
- Khalifa, N. y Von Knorring, A.L. (2005). Tourette syndrome and other tic disorders in a total population of children: clinical assessment and background. *Acta paediatrica*, 94(11), 1608-1614.
- Khilnani, S., Field, T. y Hernández-Reif, M. (2003). Massage therapy improves mood and behavior of students with attention deficit hyperactivity disorder. *Adolescence*, 38, 623-638.
- Klein, R. G., y Abikoff, H. (1997). Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2, 89-114.
- Klein, R. G., Abikoff, H., Hechtman, L., y Weiss, G. (2004). Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 792-801.
- Klem, M., Levin, L., Bloom, B. y Connell, J. (2004). *First things, first's family advocate system: building relationships to support student success in secondary schools*. Philadelphia: Institute for research and reform in education.
- Knopik, V. S., Heath, A. C., Jacob, T., Slutske, W. S., Bucholz, K.K. y Madden, P.A (2006). Maternal alcohol use disorder and offspring ADHD; disentangling genetic and environmental effects using a children-of-twins design. *Psychological Medical*, 36, 1461-1471.
- Konofal, E., Lecendreux, M., Arnulf, I. y Mouren, M. (2004). Iron deficiency in children with ADHD. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 1113-1115.
- Kooij, J.J., Buitelaar, J.K., Van den Oord, E.J., Furer, J.W., Rijnders, C.A. y Hodiamont, P.P. (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, 35, 817-827.
- Kot, S., Landreth, G., y Giordano, M. (1998). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7, 17-36.
- Kotkin, R. (1998). The Irvine Paraprofessional Program: Promising practice for serving students with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 3, 556-564.
- Krain, A., Kendall, P. C., y Power, T (2005). The role of treatment acceptability in the initiation of treatment for Attention-Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Attention Disorders*, 9, 1-10.
- Kratochvil, C., Wilens, T., Greenhill, L., Gao, H., Baker, K., Feldman, P. (2006). Effects of long-term atomoxetine treatment for young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 919-927.
- Kronenberger, W. G., y Meyer, R. G. (2001). *The child clinician's handbook* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

- Kuntsi, J., Oosterlaan, J. y Stevenson J. (2001). Psychological mechanisms in hyperactivity: Response inhibition deficit, working memory impairment, delay aversion, or something else? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 199-210.
- Kunwar, A., Dewan, M. y Faraone, S.V. (2007). Treating common psychiatric disorders associated with attention-deficit/hyperactivity disorders. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 8, 555-562.
- Kuperminc, G.P., Leadbeater, B.J. y Blatt, S.J. (2001). School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *Journal of School Psychology*, 39, 141-159.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S.J. Buitelaar, J., van Daalen, E., Fegert, J., et al. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14, 11-28.
- Landreth, G. (2002). *Play therapy: The art of the relationship* (2nd ed.). New York: Brunner-Routledge.
- Lambert, R., Abbott-Shim, M. y McCarthy, F. (2002). The relationship between classroom, quality and ratings of the social functioning of head start children. *Early Child Development and Care*, 172 (3), 231-245.
- Lambert, S.F. y Cashwell, C.S. (2003). Preteens talking to parents: perceived communication and school-based aggression. *The Family Journal: Counselling and Therapy for Couples and Families*, 11, 1-7.
- Lamont, J. (1997). Homeopathic treatment of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled trial. *British Homeopathic Journal*, 86, 196-200.
- Lange, G., Sheerin, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., et al. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional disorders in children. *Journal of Family Therapy*, 27: 76-96
- Laufer, M. W. y Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.
- Lasa, A. (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao: Asociación Altxa.
- Lila, M.S. y Buelga, S. (2003). Familia y adolescencia: el diseño de un programa para la prevención de conductas de riesgo. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 72-78.
- Lochman, J. E. (1985). Effects of different treatment lengths in cognitive behavioral interventions with aggressive boys. *Child Psychiatry and Human Development*, 16(1), 45-56.
- Lochman, J. E. y Wells, K. C. (2002). The Coping Power Program at the middle school transition: universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6(4), 40-54
- López-Luengo, B. (2001). Orientaciones en Rehabilitación cognitiva. *Revista de Neurología*, 33 (4), 383-387
- Loro-López, M., Quintero, J., García-Campos, N., Jiménez-Gómez, B. Pando, F., Varela-Casal, P., Campos, J.A. y Correias-Laufer, J. (2009). Actualización

- en el tratamiento del trastorno por déficit de Atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 49 (5), 257-264
- Luman, M., Oosterlaan, J. y Sergeant, J. A. (2005). The impact of reinforcement contingencies on AD/HD: A review and theoretical appraisal. *Clinical Psychology Review*, 25, 183-213.
- Luria, A. (1986). *Lenguaje y pensamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mabres, M. (2012). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH*. Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., Lecomte, J. y Cyrulnik, B. (2003). *La resiliencia: estado de la cuestión*. La resiliencia: resistir y rehacerse. Madrid: Gedisa.
- Mannuzza, S., Klein, R., Bessler, A. y Malloy, P. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 565-576.
- Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P. y Padula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *American Journal of Psychiatry*, 155, 493-498.
- Martel, M.M. y Nigg, J.T. (2006). Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47 (11), 1175-1183.
- Martínez-León, N. (2006). Psicopatología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 379-399.
- Martínez, G. y Gras, M. (2011). Atribuciones del comportamiento antisocial en el alumnado de educación secundaria: aspectos destacables frente a la intervención. En Palacios, R. (Ed.), *Las conductas de riesgo del adolescente. Investigación y soluciones* (pp. 141-162). México: Centro de Investigación e Innovación Biopsicosocial.
- Mathes, M.Y., y Bender, W.N. (1997). Effects of Self-Monitoring of Children with attention deficit disorders who are receiving medical interventions: Implications for inclusive instruction. *Remedial and Special Education*, 18, 121-128.
- Max, J.E., Fox, P.T., Lancaster, J.L., Kochunov, P., Mathews, K., Manes, F.F., et al. (2002). Putamen lesions and the development of attention-deficit/hyperactivity symptomatology. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 41, 563-571.
- Mays, D.A., Findling, R. (2005). Methylphenidate transdermal system. *Journal of American Academy of Child Adolescent and Psychiatry*, 44, 1223.
- McInerney, M., Reeve, A. y Kane, M.B. (1995). *Synthesizing and verifying effective practices for children and youth with attention deficit disorder*. Washington, DC: Office of Special Education Programs, U.S. Department of Education.
- McGough, J.J. y Barkley, R. (2004). Diagnostic controversies in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1948-1956.

- McLaughlin, D., Harrison, C. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: the role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11, 82-8.
- McClellan, J. Kowatch, R. Findling, R.L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 107-125.
- McMahon, R. J. y Forehand, R. (2003). *Helping the non-compliant child: Familybased treatment for oppositional behavior* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Meany, M. J. y Szyf, M. (2005). Maternal care as a model for experiencedependent chromatin plasticity? *Trends in Neuroscience*, 28, 456-463.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D.H. y Goodman, J. (1969). Reflection-impulsivity and verbal control of motor behavior. *Child Development*, 40, 785-797.
- Mena, B., Nicolau, R., Salat, L., Tort, P. y Romero, B. (2007). *El alumno con TDAH. Guía práctica para educadores*. Barcelona: Mayo ediciones.
- Mesman, J. y Koot, H.M. (2001). Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1029-1036.
- Mikami, A. Y., Lerner, M. D., Griggs, M. S., McGrath, A., y Calhoun, C. D. (2010). Parental influences on children with ADHD: II. A pilot intervention training parents as friendship coaches for their children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 737-749.
- Miranda, A. y Presentación, M.J. (2000). Effects of cognitive-behavioral intervention in aggressive and nonaggressive ADHD children. *Psychology in the School*, 91,51-70
- Miranda, A. y García, R. (2007). *Familias con hijos TDAH. I Jornadas sobre TDAH*. Estepona, España.
- Miranda, A. y Soriano, M. (2011). *Revista electrónica de dificultades de aprendizaje*, 1 (1).
- Miranda, A., Jarque, S. y Amado, L. (1999). *Teorías actuales del desarrollo. Implicaciones educativas*. Málaga: Aljibe.
- Miranda, A., Soriano, M. y Jarque, S. (2000). La evolución del campo de las dificultades de aprendizaje. En A. Miranda, E. Vidal-Abarca y M. Soriano (Eds.), *Evaluación e Intervención Psicoeducativa en las dificultades de aprendizaje* (pp.19-39). Madrid: Pirámide.
- Miranda, M., Vidal-Abarca, E. y Soriano, M. (2000). *Evaluación e intervención psicoeducativa en dificultades de Aprendizaje*. Madrid: Pirámide.
- Miranda, A., Amado, L., y Jarque, S. (2001). *Trastornos por déficit de atención con hiperactividad. Una guía práctica*. Málaga: Aljibe.
- Miranda, A., García, R., Presentación, M.J. (2002). Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 34, 91-97.

- Miranda, A., Presentación, M.J. y Soriano, M. (2002). Effectiveness of School-based multi-component program for the treatment with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 35, 546-562.
- Miranda, A., Jarque, S. y Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: psychopedagogical program at school versus psychostimulant medication. *Psicothema*, 18 (3), 335-341.
- Miranda, A., Jarque, S. y Tárraga, R. (2006). Interventions in school settings for student with ADHD. *Exceptionality*, 14 (1), 35-52.
- Miranda, A., Soriano, M. y García, R. (2006). Reading comprehension and writing composition of children with ADHD: Discussion of research and methodological considerations. *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*, 19, 237-256.
- Miranda, A., Meliá, A. y Marco, R. (2009). Habilidades matemáticas y funcionamiento ejecutivo de niños con TDAH. *Psicothema*, 21, 63-69.
- Miranda, A., Soriano, M., Presentación, M.J. y Gargallo, B. (2000). Intervención psicoeducativa en estudiantes por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 203-216.
- Miranda, A., Ygual, A., Mulas, F. y Roselló, B. (2002). Procesamiento fonológico en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: ¿es eficaz el metilfenidato? *Revista de Neurología*, 34, 115-121.
- Miranda, A., Grau, D., Marco, R., Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con TDAH: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44 (supl 2), 23-26.
- Miranda, A., Grau, D., Melià, A. y Roselló, B. (2008). Fundamentación programa multicomponental asesoramiento a familias con TDAH. *Revista de Neurología*, 46 (supl 1), 43-45.
- Miranda, A., Soriano, M., Fernandez, I., y Melia, A. (2008). Emotional and behavioral problems in children with ADHD: Impact of learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 31, 171-184.
- Miranda, A., Grau, M., Rosel, J. y Meliá, A. (2009). Understanding discipline in families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a structural equation model. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 496-505.
- Miranda, A., Fernández, M.I., Robledo, P. y García, R. (2010). Comprensión de textos de estudiantes con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: ¿qué papel desempeñan las funciones ejecutivas? *Revista de Neurología*, 50 (Supl 3), 135-142.
- Miranda, A., Presentación, M.J., Colomer, C. y Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52 (Supl 1), 119-126.
- Miranda, A., Presentación, M.J., Gargallo, B., Soriano, M., Gil, M.D. y Jarque, S. (1999). *El niño hiperactivo (TDA-H). Intervención en el aula. Un programa de formación para profesores*. Castellón: Universitat Jaume I.

- Molina, B.S., Smith, B., y Pelham, W. E. (2001). Factor structure and criterion validity of secondary school teacher ratings of ADHD and ODD. *J Abnormal Child Psychology*, 29(1), 71-82.
- Molina, B. S., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Thompson, A. L., y Marshal, M. P. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder risk for heavy drinking and alcohol use disorder is age-specific. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 31(4), 643-654.
- Molina, B.S., Hinshaw, S.P., Swanson, J.M., Arnold, L.E., Vitiello, B., Jensen, P.S. et al., (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500.
- Montiel-Nava. C., Peña, J.A., Espina-Mariñes, G., Ferrer-Fernández, M.E., López-Rubio, a., Puertas-Sánchez, S. y Cardozo-Durán, J.J. (2002). Estudio piloto de metilfenidato y entrenamiento a padres en el tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Revista de Neurología*, 35 (3), 201-205.
- Mooney, S. (1995). Parent training: a review of Adlerian, Parent Effectiveness Training, and behavioral research. *Family Journal*, 3, 218-30
- Moos, R.H. (1979). *Evaluating educational environments*. San Francisco: Jossey Bass.
- Monuteaux, M.C., Faraone, S.V., Gross, L.M. y Biederman, J. (2007). Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37, 1-11.
- Moreno, D., Estévez, E., Murgui, S. y Musitu, G. (2009). Relación entre el clima familiar y el clima escolar: el rol de la empatía, la actitud hacia la autoridad y la conducta violenta en la adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 1, 123-136.
- MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- MTA Cooperative Group (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113, 754-761.
- Mullick, M.S. y Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year-olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 663-671.
- Murphy, K. y Barkley, R.A. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: Implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 1, 47-61.
- Murphy, K., Barkley, R.A. y Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 147-145.

- Murray, C. y Greenberg, D. (2001). A child's relationship with teachers and bonds with school and investigation of patterns and correlates in middle childhood. *Journal of School Psychology*, 38, 423-445.
- Musitu, G. y García, F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16, 288-293.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*: NICE guideline.
- Neville, H. J. (2006). Flexibility and plasticity cortical development. In Y. Munakata y M. J. Johnson (Eds.), *Attention and Performance, XXI: Processes of change in brain and cognitive development*, 287-314. Oxford: Oxford University Press.
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D., et al. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 137-146.
- Nigg, J.T. (2006). *What causes ADHD? Understanding what goes wrong and why*. New York: Guilford Press.
- Nigg, J.T. y Hinshaw, S.P. (1998). Parent personality and psychiatric history in relation to child antisocial behaviors in childhood ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 145-160.
- Nigg, J.T. y Casey, B.J. (2005). An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. *Developmental Psychopathology*, 17, 785-806.
- Nigg, J.T., Willcutt, E.G., Doyle, A.E. y Sonuga-Barke, E.J. (2005). Causal heterogeneity in attention-deficit/hyperactivity disorder: do we need neuropsychologically impaired subtypes? *Biological Psychiatry*, 57, 1224-1230.
- Nigg, J.T., Nikolas, M., Friderici, K., Park, L. y Zucher, R.A. (2007). Genotype and Neuropsychological Response Inhibition as Resilience Promoters for ADHD, ODD, and CD under Conditions of Psychosocial Adversity. *Developmental Psychopathology*, 19(3), 767-786.
- Nikolas, M., Friderici, K., Waldman, I., Jernigan, K. y Nigg, J. T. (2010). Gene x environment interactions for ADHD: synergistic effects of 5HTTLPR genotype and youth appraisals of inter-parental conflict. *Behavioral and Brain Functions*, 6, open access on line.
- Nixon E. (2001). The social competence of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review of the literature. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 172-180.
- Noam, G. y Fiore, N. (2004). Relationships across multiple setting. An overview. *New direction for youth development*, 103. Wiley Periodicals Inc.
- Ohan, J.L., Cormier, N., Hepp, S.L., Visser, T.A. y Strain, M.C. (2008). Does knowledge about Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder impact

- teachers' reported behaviors and perceptions? *School Psychology Quarterly*, 23, 436-449.
- Oosterlaan, J., Scheres, A. y Sergeant, J. (2005). Which Executive Functioning Deficits Are Associated With AD/HD, ODD/CD and Comorbid AD/HD+ODD/CD? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (1), 69-85.
- Olfson, M., Gameroff, M., Marcus, S., Jensen, P. (2003). National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1071-1077.
- Orjales, I. (2000). *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2003). *Programa de entrenamiento para descifrar instrucciones escritas*. Madrid: CEPE.
- Owens, E.B., Hinshaw, S.P., Kraemer, H., Arnold, L.E., Abikoff, H.B., Cantwell, D.P., et al. (2003). Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 540-552.
- Owens, J. S., Richerson, L., Beilstein, E. A., Crane, A., Murphy, C. E., y Vancouver, J. B. (2005). School-based mental health programming for children with inattentive and disruptive behavior problems: first year treatment outcome. *Journal of Attention Disorders*, 9, 261-274.
- Packman, J., y Bratton, S. (2003). A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *International Journal of Play Therapy*, 12, 7-29.
- Pardos, A., Fernández, A. y Martín, D. (2009). Habilidades sociales en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 48 (Supl 2), 107-111
- Parenté, R., Herrmann, D. (1996). *Retraining cognition: techniques and applications*. Maryland: Aspen Publishers.
- Parraga, H.C., Parraga, M.I. y Harris, D.K. (2007). Tic exacerbation and precipitation during atomoxetine treatment in two children with attention-deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, 415-424.
- Patrick, K.S., Straughn, A.B., Perkins, J.S., González, M.A. (2009). Evolution of stimulants to treat ADHD: transdermal methylphenidate. *Human psychopharmacology*, 24 (1), 1-17.
- Patterson, G. R. y Gullion, M. E. (1968). *Living with Children: new methods for parents and teachers*. Champaign, IL.: Research Press
- Patterson, G. R. y Forgatch, M. S. (1987). *Parents and adolescents: I. Living together*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Pelc, K., Kornreich, C., Foisy, M.L. y Dan, B. (2006). Recognition of emotional facial expressions in attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Neurology*, 35, 93-97.

- Pelham, W. E., y Murphy, H. A. (1986). Attention deficit and conduct disorders. In I. G. Weiner (Ed.), *Pharmacological and behavioral treatment* (pp. 108-148). New York: John Wiley.
- Pelham, W.E., y Hoza, B. (1996). Intensive treatment: A summer treatment program for children with ADHD: A model summer treatment program. In M. Roberts (Ed.), *Model Programs in Child and Family Mental Health* (pp. 193-214). Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Pelham, W.E. y Gnagy, E.M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 5, 225-236.
- Pelham, W.E. y Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatment for ADHD: An update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 184-214.
- Pelham, W.E., Burrows, L., Gnagy, E.M., Fabiano, G.A. (2005). Transdermal methylphenidate, behavioral, and combined treatment for children with ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13, 111-126.
- Pelham, W. E., Fabiano, G. A., Ginagy, E. M., Greiner, A. R., y Hoza, B. (2004). Intensive treatment: Summer treatment program for children with ADHD. In E.D. Hibbs, y P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Pelham, W.E., Massetti, G.M., Wilson T, Kipp, H., Myers, D., Newman, B. B., et al. (2005) Implementation of a comprehensive schoolwide behavioral intervention: The ABC program. *Journal of Attention Disorders*, 9, 248-260.
- Peña, J. A. y Montiel-Nava, C. (2003). Trastorno por Déficit de Atención con hiperactividad: ¿Mito o realidad? *Revista de Neurología*, 36, 173-179.
- Pennington, B.F. y Ozonoff, S. (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51-87.
- Pérez, J., Ferri, F., Melià, A. y Miranda, A. (2007). Resiliencia y riesgo en niños con dificultades de aprendizaje. *Revista de Neurología*, 44 (2), 9-12.
- Pfiffner, L.J. y McBurnett, K. (2006). Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal Child Psychology*, 34, 725-735.
- Piatigorsky, A. y Hinshaw, S.P. (2004). Psychopathic traits in boys with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: concurrent and longitudinal correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 535-550.
- Pike, A. y Plomin, R. (1996). Importance of nonshared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 560-570.
- Pinderhughes, E., Dodge, K., Bates, J., Pettit, Z. (2000). Discipline responses: influences of parent's socioeconomic status ethnicity, beliefs about parenting, stress and cognitive-emotional processes. *Journal of Family Psychology*, 14: 380-400.

- Pineda, D.A., Lopera, F., Henao, G.C., Palacio, J.D. y Castellanos, F.X. (2001). Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad colombiana. *Revista de Neurología*, 32, 217-222.
- Pintov, S., Hochman, M., Livne, A., Heyman, E. y Lahat, E. (2005). Bach flower remedies used for attention deficit hyperactivity disorder in children, a prospective double blind controlled study. *European Journal of Paediatric Neurology*, 9, 395-398.
- Plichta, M.M., Vasic, N., Wolf, R.C., Lesch, K.P., Brummer, D., Jacob, C., et al. (2009). Neural hyporesponsiveness and hyperresponsiveness during immediate and delayed reward processing in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 65, 7.
- Pliszka, S.R. (1998). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 50-58.
- Pliszka, S.R., Greenhill, L.L., Crismon, M.L., Sedillo, A., Carlson, C., Connors, C.K, et al. (2000). The texas children's medication algorithm project: report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder, part II: Tactics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(7), 920-927.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. y Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry* 164, 942-948.
- Post, P. (1999). Impact of child-centered play therapy on the self-esteem, locus of control, and anxiety of at-risk 4th, 5th, and 6th grade students. *International Journal of Play Therapy*, 8, 1-18.
- Powell, S., y Nelson, B. (1997). Effects of choosing academic assignments on a student with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30, 181-183.
- Power, T.J., Costigan, T.E., Leff, S.S., Eiraldi, R.B. y Landau, S. (2001). Assessing ADHD across settings: contributions of behavioral assessment to categorical decision making. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 399-412.
- Presentación, M.J. y Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 28 (3), 261-275.
- Presentación, M.J., Meliá, A. y Miranda, A. (2008). Dificultades en el cálculo de estudiantes con TDAH. En J. A. González-Pienda y J.C. Núñez (Coords.), *Psicología y Educación: Un lugar de encuentro* (pp. 1888-1895). Oviedo: Ediuno.
- Presentación, M.J., Siegenthaler, R., Jara, P. y Miranda, A. (2010). Seguimiento de los efectos de una intervención psicosocial sobre la adaptación académica, emocional y social de niños con TDAH. *Psicothema*, 22, (4), 778-783.
- Presentación, M.J., García, R., Miranda, A., Siegenthaler, R. y Jara, P. (2006). Impacto familiar de los niños con TDAH subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista Neurología*, 42 (3), 137-143.

- Prince, J.B., Wilens, T.E., Biederman, J., Spencer, T.J., Millstein, R., Polisner, D.A. y Bostic, J.Q. (2000). A controlled study of nortriptyline in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 10, 193-204.
- Quintero, J., Gutiérrez del Álamo, J., Aragón, M., Clavel, M., García, N., Puente, R., Navas, M y, Quintero, J. (2006). *Estudio de comorbilidad en una muestra de pacientes diagnosticados de TDAH*. X Congreso de la AEPIJ. Sevilla: 1-3 junio.
- Quintero, F.J., Correa, J. y Quintero, F. (2009). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida*. 3 ed. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Raman, V., y Kapur, M. (1999). A study of play therapy in children with emotional disorders. *National Institute of Mental Health and Neuro Sciences Journals*, 17, 93-98.
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Escuder, G., Castells, X. y Casas, M. (2005). TDAH en el adulto: perspectiva clínica. En P. Pichot, J. Ezcurra, A. González-Pinto y M. Gutiérrez (Eds.), *Diagnóstico, evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos graves* (pp. 399-443). Madrid: Aula Médica.
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Castells, X., Nogueira, M., García, E., Casas, M. (2006). TDAH en adultos: características clínicas y terapéuticas. *Revista de Neurología*, 42, 600-606.
- Rapport, M.D., Loo, S., Isaacs, P., Goya, S., Denney, C., Scanlan, S. (1996). Methylphenidate and attentional training. Comparative effects on behavior and neurocognitive performance in twin girls with attention deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification*, 20(4), 428-30.
- Ray, D., Schottelkorb, A. y Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16, 95-111.
- Regalla, M.A., Rodrigues, G.P. y Serra-Pinheiro, M.A. (2007). Resiliência e transtorno do déficit de atenção/hiperatividade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (1), 45-49.
- Rey, J.M., Walter, G. y Soutullo, C. (2007). Oppositional Defiant and Conduct Disorders. En D.O. Lewis (Ed.) *Child & Adolescent Psychiatry. A comprehensive Textbook*. Philadelphia.
- Richardson, J. y Joughin, C. (2002). *Parent training programmes for the management of young children with conduct disorders. Findings from research*. London: Gaskell.
- Richter, M.M., Ehli, A.C., Jacob, C.P. y Fallquatter, A.J. (2007). Cortical excitability in adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Neuroscience Letters*, 419, 137-141.
- Ridgway, A., Northup, J., Pellegrin, A., LaRue, R., y Hightsoe, A. (2003). Effects of recess on the classroom behavior of children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. *School Psychology Quarterly*, 18 (3), 253-268.

- Rieppi, R., Greenhill, L., Ford, R., Chuang, S., Wu, M.D., Abikoff, H., et al. (2002). Socioeconomic status as a moderator of ADHD treatment outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 269-277.
- Riggs, P.D., Leon, S.L., Mikulich, S.K. y Pottle L.C.(1998). An open trial of bupropion for ADHD in adolescents with substance use disorders and conduct disorders. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1271-1278.
- Rigonatti, S.P., Boggio, P.S., Myczkowski, M.L., Nitsche, M.A., Pascual-Leone, A., et al. (2008). Transcranial direct stimulation and fluoxetine for the treatment of depression. *European Psychiatry*, 23, 74-76.
- Ríos, M., Muñoz, J. y Paúl, N. (2007). Alteraciones de la atención tras daño cerebral traumático: evaluación y rehabilitación. *Revista de Neurología*, 44, 291-297.
- Robinson, T. R., Smith, S. W., Miller, M. D., y Brownell, M. T. (1999). Cognitive behavior modification of hyperactivity-impulsivity and aggression: A Meta-analysis of school-based studies. *Journal of Educational Psychology*, 91(2), 195-203.
- Robles, Z. (2009). *Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano: evaluación de un programa de entrenamiento para padres*. Tesis doctoral: Universidad de Santiago de Compostela.
- Roca, M. y Alemán, L. (2000). Caracterización general de las alteraciones psicológicas como hiperactividad. *Revista Cubana de Psicología*, 17, 224-229.
- Rodríguez, L., López, J.A., Garrido, M., Sacristán, A.M., Martínez, M.T. y Ruiz, F. (2009). Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en Castilla y León. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 11, 251-270.
- Rodríguez, N. (2004). El clima escolar. *Revista digital Investigación y Educación*, 3 (7).
- Rojas, N.L. y Chan, E. (2005). Old and new controversies in the alternative treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 11(2), 116-30.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rohde, LA., Biederman, J., Busnello, EA., Zimmermann, H., Schmitz, M. y Martins, S. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 716-22.
- Roselló, B. (2001). *Subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Manifestaciones, correlatos y efectos del metilfenidato*. Tesis doctoral: Universidad de Valencia.
- Roselló, B., Amado, L. y Bo, R.M. (2000). Patrones de comorbilidad en los distintos subtipos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 1, 1-12.

- Roselló, B., García, R., Tárraga, R. y Mulas, F. (2003). El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36, 79-84.
- Rubia, K., Smith, A.B., Brammer, M.J., Toone, B. y Taylor, E. (2005). Abnormal brain activation during inhibition and error detection in medication-naïve adolescents with ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1067-1075.
- Rubia, K., Cubillo, A., Smith A. B., Woolley, J., Nosarti C, Heyman I., et al. (2010). Disorder-Specific Dysfunction in Right Inferior Prefrontal Cortex During Two Inhibition Tasks in Boys with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Compared to Boys with Obsessive-Compulsive Disorder. *Human Brain Mapping*, 31, 287-299.
- Rubio, B., Rotenberg, A., Hernández, S. y Pascual-Leone, A. (2011). Uso de la estimulación cerebral no invasiva en los trastornos psiquiátricos de la infancia: nuevas oportunidades y retos diagnósticos y terapéuticos. *Revista de Neurología*, 53, (4), 209-225.
- Rutherford, L. E., Dupaul, G. J. y Jitendra, A. K. (2008), Examining the relationship between treatment outcomes for academic achievement and social skills in school-age children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychology in the Schools*, 45 (2), 145-157.
- Rutter, M. (1988) *Studies of Psychosocial Risk: The Power of Longitudinal Data*. Cambridge, U.K, Canbridge University Press.
- Rutter, M. (2000). School effects on pupil progress: research findings and policy implications. In P.K. Smith y A.D. Pellegrini (Eds.), *Psychology of education: Major themes* (Vol. 1, pp. 3-50). London: Falmer Press.
- Sanders, M. R. (2002). Una estrategia de intervencion conductual familiar en niveles múltiples para la prevención y el tratamiento de los problemas de comportamiento infantiles. En V. E. Caballo, y M. A. Simon (Eds.), *Manual de psicología clinica infantil y del adolescente* (pp. 387-415). Madrid: Ediciones Piramide.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L. y Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioural family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 624-640.
- Sánchez, P. y Torres, J. A. (2002). *Educación especial: centros educativos y profesores ante la diversidad*. Madrid: Pirámide
- Santos, J.L. y Bausela, E. (2007). Propuesta psicoeducativa en evaluación y tratamiento en niños con TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 7, 110-124.
- Scheres, A., Milham, M.P., Knutson, B. y Castellanos, F.X. (2007). Ventral striatal hypo-responsiveness during reward anticipation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 720-724.

- Schneider, M. y Robin, A.I. (1990). La técnica de la tortuga. Un método para el autocontrol de la conducta impulsiva. En T. Bonet. *Problemas psicológicos en la infancia*. Valencia: promolibro-Cinteco.
- Sciutto, M.J., Terjesen, M.D. y Frank, A.S.B. (2000). Teachers' knowledge and misperceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 37, 115-122.
- Sciutto, M. J., Nolfi, C. J., y Bluhm, C. A. (2004). Effects of Child Gender and Symptom Type on Elementary School Teachers' Referrals for ADHD. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 12, 247 - 253.
- Segú, S. (2012). Aspectos sociales relacionados con la sintomatología del TDAH. En M. Mabres (Comp.), *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp.11-18). Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Semrud-Clikeman, M., Nielsen, K.H., Clinton, AS., Sylvester, L. Parle, N., Connor, R.T. (1999). An intervention approach for children with teacher and parent identified attentional difficulties. *Journal of learning disabilities*, 32(6), 581-590.
- Sergeant J. (2000). The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, 7-12.
- Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por deficit de atención con hiperactividad: una revision. *Revista de Neurología*, 40 (6), 258-268.
- Servera, M. y Cardo, E. (2007). ADHD Rating Scale-IV en una muestra escolar española: datos normativos y consistencia interna para maestros, padres y madres. *Revista de Neurología*, 45, 393-399.
- Shapiro, E.S., DuPaul, G.J., y Bradley-Klug, K.L. (1998). Self-management as a strategy to improve the classroom behavior of adolescents with ADHD. *Journal of learning Disabilities*, 31 (6), 545-555.
- Shannahoff-Khalsa, D.S., Sramek, B.B. y Kennel, M.B. (2004). Hemodynamic observations on a yoic breathing technique claimed to help eliminate and prevent heart attacks. A pilot study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10, 757-766.
- Shelton, T.L., Barkley, R.A., Crosswait, C. Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., et al. (2000). Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two-year post-treatment follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 253-266.
- Shimabukuro, S., Prater, M, Jenkins, A., y Edelen-Smith, P. (1999). The effects of self-monitoring of academic performance on students with learning disabilities and ADD/ADHD. *Education and Treatment of Children*, 22, 397-414.
- Shum, D., Neulinger, K., O'Callaghan, M. y Mohay, H. (2008). Attentional problems in children born very preterm or with extremely low birth weight at 7-9 years. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 103-112.

- Shure, M. B. (1993). *Interpersonal Problem Solving and Prevention. A Comprehensive Report of Research and Training*. Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Siegenthaler, R. (2009). *Intervención multicontextual y multicomponente en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado*. Tesis doctoral. Universidad Jaume I Castellón.
- Silk, T. J. Vance, A., Rinehart, N., Bradshaw, J. L. y Cunnington, R. (2009). White-matter abnormalities in ADHD: a diffusion tensor imaging study. *Human and Brain Mapping*, 30, 2757-2765.
- Singh, S.D., Ellis, C.R., Winton, A.S., Singh, N.N., Leung, J.P. y Oswald, D.P. (1998). Recognition of facial expressions of emotion by children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Behavior Modification*, 22, 128-142.
- Skinner, C.H., Johnson, C.W., Larkin, M.J., Lessley, D.J. y Glowacki, M.L. (1995). The influence of rate of presentation during taped-words interventions on reading performance. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3 (4), 214-223.
- Smith, B.H., Waschbusch, D.A., Willoughby, M.T. y Evans, S. (2000). Efficacy, safety and practicality of treatment for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3 (4), 243-267.
- Snider, V. E., Frankenberger, W. y Aspenson, M. (2000). The relationship between learning disabilities and attention deficit hyperactivity disorder: a national survey. *Developmental Disabilities Bulletin*, 28, 18-38.
- Snyder, R., Turgay, A., Aman, M. Binder, C., Fisman, S. y Carrollo, A. (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1026-1036.
- So, C., Leung, P. y Hung, S. (2008). Treatment effectiveness of combined medication/behavioral treatment with chinese ADHD children in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 983-992
- Solanto, M.V., Abikoff, H., Sonuga-Barke, E., Schachar, R., Logan, G.D., Wigal, T., Hechtman, L., Hinshaw, S. y Turkel, E. (2001). The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in ADHD: a supplement to the NIMH multimodal treatment study of ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 215-228.
- Somersalo, H., Solantaus, T. y Almqvist, F. (2002). Classroom climate and the mental health of primary school children. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 285-290.
- Song, D., Jhung, K., Song, J. y Cheon, K. (2011). The 1287 G/A polymorphism of the Norepinephrine Transporter gene (NET) is involved in Commission Errors in Korean children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Behavioral and Brain Functions*, 7.

- Sonuga-Barke, E.J. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD: A dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*, 130, 29-36.
- Sonuga-Barke, E.J. (2003). The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience Biobehavioral Review*, 27, 593-604.
- Sonuga-Barke, E.J., Dalen, L. y Remington, B. (2003). Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms? *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1335-42.
- Sonuga-Barke, E.J., Taylor, E., Sembi, S. y Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion-I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 387-398.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., y Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 402-408
- Soriano, M., García, R. y Baixauli, I. (2008). Dificultades en la expresión escrita en alumnos con TDAH. En J. A. González-Pienda y J.C. Núñez (Coords.), *Psicología y Educación: Un lugar de encuentro* (pp. 1905-1910). Oviedo: Ediuño.
- Soutullo, C. y Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires: Panamericana.
- Soutullo, C., Barroilhet, S., Landecho, I. y Ortuño, F. (2003). Nuevos tratamientos para la enfermedad bipolar en niños y adolescentes: aprendiendo de los estudios en adultos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (1), 40-47.
- Spencer, T.J., Biederman, J. y Mick, E. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32 (6), 631-642.
- Spencer, T.J., Biederman, J., Faraone, S., Mick, E., Coffey, B., Geller, D., Kagan, J., Bearman, S.K., Wilens, T. (2001). Impact of Tic Disorders on ADHD Outcome Across the Life Cycle: Findings From a Large Group of Adults With and Without ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 611-617.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M.H., Mundy, E. y Faraone, S.V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1432-1437.
- Stefan, K, Kunesch, E., Cohen, L.G., Benecke, R., Classen, J. (2000). Induction of plasticity in the human motor cortex by paired associative stimulation. *Brain*, 123, 572-84.

- Stefanatos, G., Baron, I. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology Review*, 17, 5-38.
- Stein, A. (2001). *Selfimage and perception of classroom climate among boys and girls learning in mixed and separate classes*. Unpublished master's thesis, Department of Psychology, University of Bar-Ilan, Israel.
- Steingard, R., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., y González, A. (1993). Comparison of clonidine response in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder with and without comorbid tic disorders. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 350-353
- Stevenson, J., Asherson, P., Hay, D., Levy, F., Swanson, J. y Thapar, A. (2005). Characterizing the ADHD phenotype for genetic studies. *Developmental Sciences*, 8, 115-121.
- Still, G.F. (1902). Some abnormal physical conditions in children. *Lancet*, 1, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168.
- Strauss, L.C. (200). The efficacy of a homeopathic preparation in the management of attention deficit hyperactivity disorder. *Biomedical Therapy*, 18(2), 197-201.
- Strauss, A. y Lethinen, L. (1947). *Psychopathology and Education of the Brain-Injured Child*. New York: Grune Stratton
- Sullivan, H. S. (1953). *La Teoría Interpersonal de la Psiquiatría*. Nuev York: Norton.
- Sunyer, J.M. (2008). *Psicoterapia de Grupo Grupoanalítica. El proceso de co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Swanson, J.M., Sergeant, J.A., Taylor, E., Sonuga-Barke, E.J., Jensen, P.S., Cantwell, D.P. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet*, 351, 429-33.
- Swanson, J.M., Kraemer, H.C., Hinshaw, S.P. Arnold, L.E., Conners, K.C. Abikoff, H.B., et al., (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 168-179.
- Swanson, J.M., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Wigal, T., Arnold, L.E., Vitiello, B., et al. (2007). Effects of stimulant medication on growth rates across 3 years in the MTA follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1015-1027.
- Swanson, J.M., Arnold, L.E., Kraemer, H.C., Hechtman, L., Molina, B., Hinshaw, S., et al. (2008). Evidence, interpretation, and qualification from multiple reports of long-term outcomes in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA): part I: Executive summary. *Journal of Attention Disorders*, 12 (1), 4-14.
- Syed, E.U. y Hussein, S.A. (2010). Increase in teachers' Knowledge about ADHD after a week-long traing program. *Journal of Attention Disorders*, 13 (4), 420-423.

- Tarragó, C. (2007). Tratamiento por juego simbólico. En E. Torras (Comp.), *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia* (pp. 281-298) Valls: Lectio.
- Taylor, T. K., y Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 41-60.
- Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., Danckaerts, M. (1996). Hyperactivity and conduct problems at risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1213-1236.
- The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- The MTA Cooperative Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives General Psychiatry*, 56, 1088-1096.
- The MTA Cooperative Group. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 113(4), 754-761.
- Thomas-Stonell, N., Johnson, P., Schuller, R., y Jutai, J. (1994). Evaluation of a computer-based program for remediation of cognitive-communication skills. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 9(4), 25-37.
- Tredgold, A.F. (1914). *Mental deficiency*. New York: Bood.
- Tripp, G. y Wickens, J.R. (2008). Research review: dopamine transfer deficit: a neurobiological theory of altered reinforcement mechanisms in ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 691-704.
- Trujillo, N., Ibáñez, A. y Pineda, D. (2012). Validez del diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad: de lo fenomenológico a lo neurobiológico (II). *Revista de Neurología*, 54 (6), 367-379.
- Tsal, Y., Shalev, L., y Mevorach, C. (2005). The diversity of attention deficits in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The prevalence of four cognitive factors in ADHD vs. Controls. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 142-157.
- Tucha, O., Walitza, S., Mecklinger, L., Sontag, T. A., Kubber, S., Linder, M. y Lange, K. W. (2006). Attentional functioning in children with ADHD predominantly hyperactive-impulsive type and children with ADHD combined type. *Journal of Neural Transmission*, 113, 1943-1953.
- Uebel, H., Albrecht, B., Asherson, P., Borger, N. A., Butler, L., Chen, W., et al. (2010). Performance Variability, Impulsivity Errors and the Impact of Incentives as Gender-Independent Endophenotypes for ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 210-218.

- Ulloa, R.E., Arroyo, E., Ávila, J.M., Cárdenas, J.A., Cruz, E., Gómez, D., et al. (2005). Algoritmo del tratamiento para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes. *Salud Mental*, 28 (5), 1-10.
- Valdizán, J.R., Izaguerri-Gracia, A.C. (2009). Trastorno por déficit de atención-hiperactividad en adultos. *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), 95-99.
- Van den Hoofdakker, B.J., Van den Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P., Minderaa, R. y Nauta, M.H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1263-1271.
- Van der Oord, S. Prins, P.J. Oosterlaan, J. y Emmelkamp, P.M. (2007). Does brief, clinically based, intensive multimodal behavior therapy enhance the effects of methylphenidate in children with ADHD? *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 48-57.
- Van der Oord, S., Prins, P., Oosterlaan, J y Emmelkamp, P. (2008). Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 783-800.
- Vereb, R. L. y DiPerna, J. C. (2004). Teachers' knowledge of ADHD, treatments for ADHD and treatment acceptability: an initial investigation. *School Psychology Review*, 33, 421-428.
- Vickers, A., Ohlsson, A., Lacy, J.B., Horsley, A. (2004). Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. *Cochrane Database System Review*.
- Viggiano, D., Vallone, D. y Sadile, A. (2004). Dysfunctions in dopamine systems and ADHD: evidence from animals and modeling. *Neural Plasticity*, 11, 97-114.
- Vinogradov, S. y Yalom, I.D. (1996) *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós
- Vitiello, B., Severe, J., Greenhill, L., Arnold, L., Abikoff, H., Bukstein, O., y cols. (2001). Methylphenidate dosage for children with ADHD over time under controlled conditions: lessons from the MTA. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 188-96.
- Vygotsky, L. (1977). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Pléyade.
- Walker, H., Ramsey, E., y Gresham, F. (2004). *Antisocial behavior in schools: Evidence-based practices* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Waxmonsky, J.G., Waschbusch, D.A., Akinnusi, O., Pelham, W.E. (2011). A comparison of atomoxetine administered as once versus twice daily dosing on the school and home functioning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 21(1), 21-32.
- Weber, W., Vander Stoep, A., McCarty, R.L. (2008). Hypericum perforatum (St. Johns Wort) for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 299, 2633-2641.

- Webster-Stratton C. (1992). Individually administered videotape parent training: "Who benefits?" *Cognitive Therapy and Research*, 16, 31-52.
- Webster-Stratton, C. y Herbert, M. (1993). "What really happens in parent training?". *Behavior Modification*, 17, 407- 56.
- Webster-Stratton, C., Reid, M.J. y Hammond, M. (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 283-302.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., Kazdin, A. E. y Weisz, J. R. (2003) The Incredible Years parents, teachers, and children training series. En *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 224-240). Guilford Press, New York.
- Weisz, J.R. y Hawley, K.M. (1998). Finding, evaluating, refining and applying empirically supported treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 27, 206-216.
- Weiss, G. y Hechtman, L. (1993). *Hyperactive children grown up*. 2 ed. New York: Guilford Press.
- Wells, K. C., Griest, D. L., y Forehand, R. (1980). The use of a selfcontrol package to enhance the temporal generality of a parent training program. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 347-354.
- Wells, K. C., Epstein, J. N., Hinshaw, S. P., Conners, C. K., Klaric, J., Abikoff, H. B., et al. (2000). Parenting and family stress treatment outcomes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): An empirical analysis in the MTA study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 543-553.
- Werner, E., y Smith, R. (1992). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Werntz, D.A., Bickfort, R.G. y Shannahoff-Khalsa, D. (1987). Selective hemispheric stimulation by unilateral forced nostril breathing. *Human Neurobiology*, 6, 165-171.
- West, J., Taylor, S., Toughton, S. y Hudyma, S. (2005). A comparison of teachers' and parents' knowledge and beliefs about Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *School Psychology International*, 26, 192-208.
- Willis, W.G., Weyandt, L.L., Lubiner, A.G. y Schubart, C.D. (2011), Neurofeedback as a treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review of evidence for practice. *Journal of Applied School Psychology*, 27(3), 201-227.
- Wilens, T. y Biederman, J. (1992). The stimulants. *Psychiatry Clinical of North America*, 15, 191-222.
- Wilens, T. y Spencer, T. (2000). The stimulants revisited. *Child and Adolescent Psychiatry Clinical of North America*, 9, 573-603.
- Wilens, T. y Dodson, W. (2004). A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1301-1311.
- Wilens, T., Biederman, J., y Spencer, T. (2002). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder across the lifespan. *Annual Review of Medicine*, 53, 113-131.

- Wilens, T., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M.C., Blake, C., y Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 262-268.
- Wilens, T.E., Boellner, S.W., López, F.A., Turnbow, J.M., Wigal, S.B., Childress, A.C., et al. (2008). Varying the wear time of the methylphenidate transdermal system in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(6), 700-708.
- Willcutt E.G., Pennington, B.F. (2000). Psychiatric comorbidity in children and adolescent with reading disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 1039-148.
- Willcutt, E.G., Pennington, B.F. y DeFries, J.C. (2000). Etiology of inattention and hyperactivity/impulsivity in a community sample of twins with learning difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 149-159.
- Willcutt, E. G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V. y Pennington, B.F. (2005). Validity of the executive function theory of attention deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry*, 57, 1336-46.
- World Health Organization. (1992). *Manual of international statistics of diseases, injuries, and causes of death*. 10 ed. Revised. Geneva: W.H.O.
- Ylvisaker, M., Coelho, C., Kennedy, M., Sohlberg, M., Turkstra, L., Avery, J., et al. (2002). Reflections on evidence-based practice and rational clinical decision making. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 10, 25-33.
- Yalom, I. D. (1984). *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Herder.
- Ygual, A. y Marco, R. (2008). Procesos psicolingüísticos y acceso léxico de estudiantes con TDAH. En J. A. González-Pienda y J.C. Núñez (Coords.), *Psicología y Educación: Un lugar de encuentro* (pp. 1924-1933). Oviedo: Ediuono.
- Zedan, R. (2010). New dimensions in the classroom climate. *Learning Environments Research*, 13, 75-88.
- Zegrí, G. (2007). Tratamientos en grupo. En E. Torras (Comp.), *Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia* (pp. 341-357) Valls: Lectio.
- Zentall, S.S. (1989). Attentional cuing in spelling task for hyperactive and comparison regular classroom children. *The Journal of Special Education*, 23, 83-93.
- Zimmer-Gembeck, M.J. y Locke, E.M. (2007). The socialization of adolescent coping: relationships al home and school. *Journal of Adolescence*, 30, 1-16.
- Zoroglu, S. S., Erdal, M. E., Erdal, N., Ozen, S., Alasehirli, B. y Sivasli, E. (2003). No evidence for an associaton between the T102C and 1438 G. A polymorphisms of the serotonin 2A receptor gene in ADHD in Turkish population. *Neuropsychology*, 47, 17-20.

ANEXOS



Anexo 1.1.

“ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS TRASTORNOS POR DÉFICIT DE ATENCIÓN”

(Adaptada de Sciutto, Terjesen y Bender, 2000)

EDAD: _____

SEXO:

Mujer

Hombre

AÑOS DE EXPERIENCIA: _____

Por favor, contesta las siguientes preguntas:

¿HAS RECIBIDO FORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)? _____

En caso afirmativo, ¿Qué tipo de formación?

- ☐ Asignatura de la carrera.
- ☐ Charlas o conferencias en congresos.
- ☐ Cursos formación continua.
- ☐ Másters u otros cursos de postgrado.
- ☐ A través de asociaciones de padres de niños con TDAH, ONGs, etc.
- ☐ Otros (especificar

cuál): _____

Señala aproximadamente el número total de horas que has recibido formación específica sobre el TDAH _____

¿HAS TRATADO A ALGÚN NIÑO HIPERACTIVO? _____

¿HASTA QUÉ PUNTO TE CONSIDERAS CAPAZ DE DIAGNOSTICAR DE FORMA ADECUADA A UN NIÑO CON TDAH? Contesta teniendo en cuenta que 1 es el extremo inferior (no preparado para enseñar de forma efectiva a un niño con TDAH) y 7 es el extremo superior (totalmente preparado).

1 2 3 4 5 6 7

Por favor, responde a las siguientes cuestiones sobre el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). Rodea “V” si crees que la respuesta es cierta, “F” si crees que es falsa, y “NS” si no la sabes. Si no estás seguro de la respuesta, responde “No lo sé”, NO INTENTES ADIVINARLA.

1.- La mayoría de los estudios sugieren que el TDAH afecta a aproximadamente un 15% de los niños en edad escolar.	V	F	NS
2.- La investigación actual sugiere que el TDAH es en gran medida el resultado de la falta de capacidad de los padres.	V	F	NS
3.- Los niños con TDAH se distraen frecuentemente con estímulos externos.	V	F	NS
4.- Los niños con TDAH son normalmente más obedientes con sus padres que con sus madres.	V	F	NS
5.- Para que un niño pueda ser diagnosticado de TDAH, los síntomas deben haber aparecido antes de los 7 años.	V	F	NS
6.- El TDAH es más frecuente en parientes de primer grado biológico (ej. padre, madre) de los niños con TDAH, que en la población general.	V	F	NS
7.- Uno de los síntomas centrales de los niños con TDAH es que son crueles físicamente con los demás.	V	F	NS
8.- Los antidepresivos han sido eficaces para reducir los síntomas de muchos niños con TDAH.	V	F	NS
9.- Los niños con TDAH a menudo se mueven y retuercen en sus asientos.	V	F	NS
10.- El entrenamiento a padres y a maestros en el manejo de un niño con TDAH suele ser eficaz cuando se combina con medicación.	V	F	NS
11.- Uno de los síntomas fundamentales de los niños con TDAH es que tienen un sentido inflado de la autoestima o grandiosidad.	V	F	NS
12.- Cuando el tratamiento de un niño con TDAH se ha terminado, es raro que los síntomas del niño vuelvan a aparecer.	V	F	NS
13.- Es posible que un adulto sea diagnosticado de TDAH, siempre y cuando los síntomas hayan aparecido en la infancia.	V	F	NS
14.- La mayoría de los niños con TDAH tienen un historial de robo y destrucción de las propiedades ajenas.	V	F	NS

15.- Los efectos secundarios de las medicaciones estimulantes empleadas para el tratamiento del TDAH pueden incluir reducción del apetito e insomnio moderado.	V	F	NS
16.- La literatura actual sobre el TDAH sugiere que existen dos grupos de síntomas: a) inatención, y b) hiperactividad-impulsividad.	V	F	NS
17.- Los síntomas depresivos se encuentran más frecuentemente en los niños con TDAH que en los niños sin TDAH.	V	F	NS
18.- La psicoterapia individual es normalmente suficiente para el tratamiento de la mayoría de los niños con TDAH.	V	F	NS
19.- En la mayoría de los niños con TDAH los síntomas remiten en el inicio de la pubertad y como consecuencia su funcionamiento ya es normal en la edad adulta.	V	F	NS
20.- En casos severos de TDAH, la medicación es empleada a menudo antes de que se intenten utilizar otras técnicas como las técnicas de modificación de conducta.	V	F	NS
21.- Para que un niño pueda ser diagnosticado de TDAH debe presentar síntomas centrales en dos o más contextos (ej. casa y escuela).	V	F	NS
22.- Si un niño con TDAH demuestra que tiene capacidad de atención sostenida con la televisión o los videojuegos durante una hora, este niño es también capaz de tener atención sostenida durante al menos una hora de clase o de realización de los deberes en casa.	V	F	NS
23.- Reducir la ingesta de azúcar en la dieta o los aditivos en las comidas suele resultar efectivo para reducir los síntomas del TDAH.	V	F	NS
24.- Cuando un niño tiene un diagnóstico de TDAH suele recibir servicios de educación especial para reducir los síntomas centrales del trastorno.	V	F	NS
25.- La medicación estimulante es el tipo de medicación más empleada para tratar a los niños con TDAH.	V	F	NS
26.- Los niños con TDAH presentan a menudo dificultades para organizar las tareas y las actividades.	V	F	NS
27.- Los niños con TDAH normalmente experimentan más problemas en los contextos novedosos que en los contextos familiares.	V	F	NS
28.- Hay características físicas específicas que pueden ser identificadas por los médicos para hacer un diagnóstico definitivo de TDAH.	V	F	NS
29.- En los niños de edad escolar, la prevalencia del TDAH en niños y en niñas es equivalente.	V	F	NS

30.- Entre los niños pequeños (menores de 4 años), se pueden distinguir las conductas problemáticas características de los niños con TDAH (ej. hiperactividad, inatención) de las conductas apropiadas para esa edad.	V	F	NS
31.- Los niños con TDAH se distinguen más de los niños sin TDAH en contextos escolares que en situaciones de juego libre.	V	F	NS
32.- La mayoría de los niños con TDAH presentan en alguna medida resultados académicos pobres en la etapa de primaria.	V	F	NS
33.- A menudo los síntomas de TDAH también se observan en niños sin TDAH que proceden de ambientes familiares caóticos e inadecuados.	V	F	NS
34.- Las intervenciones psicológicas/conductuales para niños con TDAH se centran principalmente en los problemas de los niños con inatención.	V	F	NS
35.- La terapia electroconvulsiva (ej. tratamiento de shock) ha demostrado ser un tratamiento efectivo para casos severos de TDAH.	V	F	NS
36.- Los tratamientos para el TDAH que se centran fundamentalmente en el castigo son los más efectivos para reducir los síntomas.	V	F	NS
37.- La investigación ha mostrado que el uso prolongado de estimulantes pueden conducir a una adicción en la edad adulta (ej. abuso de drogas).	V	F	NS
38.- Si un niño responde a las medicaciones estimulantes (ej. Ritalin), probablemente tiene TDAH.	V	F	NS
39.- Los niños con TDAH generalmente muestran una adhesión inflexible a las rutinas específicas que no persiguen un objetivo concreto (rituales).	V	F	NS

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

CLIMA SOCIAL: FAMILIA

Anota sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra «Puesto», indique el lugar que ocupa Vd. en la familia: padre, madre, hijo, etc. ...

A continuación lee las frases de este impreso; Vd. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.

Si Vd. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si cree que es falsa o casi siempre falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la Hoja.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Vd. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la Iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.
-
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos «pasando el rato».
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.
-
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil «desahogarse» sin molestar a todo el mundo.
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
-
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.

AHORA, VUELVA LA HOJA Y CONTINUE



Autor: R. H. MOOS.

Copyright © 1984 by TEA Ediciones, S. A., Madrid - Copyright © 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S. A., c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24, Madrid-16 - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo., Madrid-2 - Depósito legal: M.-1.192-1984.

CLIMA SOCIAL: CLASE

A continuación encontrarás frases; se refieren a cosas de este centro: los alumnos, los profesores, las tareas de la clase, etc. Después de leer cada frase debes decidir si es verdadera (V) o falsa (F) en esta clase.

Anota las contestaciones en la Hoja de respuestas. Si crees que la frase es verdadera o casi siempre verdadera, anota una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero) en la Hoja; si crees que la frase es falsa o casi siempre falsa, anota una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Sigue el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para no equivocarte al anotar las respuestas. Una flecha te recordará que debes pasar a otra línea en la Hoja.

NOTA.—Cuando se habla de alumnos/profesores puede entenderse también alumnas/profesoras.

NO ESCRIBAS NADA EN ESTE IMPRESO

1. Los alumnos ponen mucho interés en lo que hacen en esta clase.
2. En esta clase, los alumnos llegan a conocerse realmente bien unos a otros.
3. Este profesor dedica muy poco tiempo a hablar con los alumnos.
4. Casi todo el tiempo de clase se dedica a la lección del día.
5. Aquí, los alumnos no se sienten presionados para competir entre ellos.
6. Esta clase está muy bien organizada.
7. Hay un conjunto claro de normas que los alumnos tienen que cumplir.
8. En esta clase, hay pocas normas que cumplir.
9. Aquí, siempre se están introduciendo nuevas ideas.
-
10. Los alumnos de esta clase «están en las nubes».
11. Los alumnos de esta clase no están interesados en llegar a conocer a sus compañeros.
12. El profesor muestra interés personal por los alumnos.
13. Se espera que los alumnos hagan sus tareas escolares solamente en clase.
14. Los alumnos se esfuerzan mucho por obtener las mejores notas.
15. En esta clase, los alumnos casi siempre están callados.
16. En esta clase parece que las normas cambian mucho.
17. Si un alumno no cumple una norma en esta clase, seguro que será castigado.
18. Aquí los alumnos hacen tareas muy diferentes de unos días a otros.
-
19. A menudo los alumnos pasan el tiempo deseando que acabe la clase.
20. En esta clase se hacen muchas amistades.
21. El profesor parece más un amigo que una autoridad.
22. A menudo dedicamos más tiempo a discutir actividades de fuera que materias relacionadas con la clase.
23. Algunos alumnos siempre tratan de responder los primeros a las preguntas.
24. Los alumnos de esta clase pasan mucho tiempo jugando.
25. El profesor explica lo que le ocurrirá al alumno si no cumple las normas de clase.
26. En general, el profesor no es muy estricto.
27. Normalmente, en esta clase no se ensayan nuevos o diferentes métodos de enseñanza.
-
28. En esta clase la mayoría de los alumnos ponen realmente atención a lo que dice el profesor.
29. Aquí, fácilmente se forman grupos para realizar proyectos o tareas.
30. El profesor se excede en sus obligaciones para ayudar a los alumnos.
31. En esta clase es muy importante haber hecho una determinada cantidad de trabajos.
32. En esta clase los alumnos no compiten con otros en tareas escolares.
33. A menudo, en esta clase se forma un gran alboroto.
34. El profesor explica cuáles son las normas de la clase.
35. Los alumnos pueden «tener problemas» con el profesor por hablar cuando no deben.
36. Al profesor le agrada que los alumnos hagan trabajos originales.

AHORA, VUELVE LA HOJA Y CONTINUA



Autores: E. D. TRICKETT y R. H. MOOS. Adapt. española: R. Fernández-Ballesteros y B. Sierra (Univ. Autón. de Madrid).
 Copyright © 1984, 1988 by TEA Ediciones, S. A., Madrid - Copyright © 1974 by Consulting Psychologists Press, Inc.,
 Palo Alto, California - Adaptado con permiso - Edita: TEA Ediciones, S. A., c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28036 Madrid -
 Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo., 28002 Madrid - Depósito legal: M. - 1.950 - 1988.

35. Nosotros aceptamos que haya competición y «que gane el mejor».
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.
-
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
-
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
-
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
-
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
75. «Primero el trabajo, luego la diversión», es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
-
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

-
- 37. Muy pocos alumnos toman parte en las discusiones o actividades de clase.
 - 38. En esta clase a los alumnos les agrada colaborar en los trabajos.
 - 39. A veces, el profesor «avergüenza» al alumno por no saber la respuesta correcta.
 - 40. En esta clase, los alumnos no trabajan mucho.
 - 41. En esta clase si entregas tarde los deberes, te bajan la nota.
 - 42. El profesor rara vez tiene que decir a los alumnos que se sienten en su sitio.
 - 43. El profesor procura que se cumplan las normas establecidas en clase.
 - 44. En esta clase, los alumnos no siempre tienen que seguir las normas.
 - 45. Los alumnos tienen poco que decir sobre la forma de emplear el tiempo de clase.
-
- 46. Muchos alumnos se distraen en clase haciendo garabatos o pasándose notas.
 - 47. A los alumnos les gusta ayudarse unos a otros para hacer sus deberes.
 - 48. El profesor habla a los alumnos como si se tratara de niños pequeños.
 - 49. Generalmente hacemos lo que queremos.
 - 50. En esta clase no son muy importantes las calificaciones.
 - 51. Frecuentemente, el profesor tiene que pedir que no se alborote tanto.
 - 52. Los alumnos podrán aprender algo más, según como se sienta el profesor ese día.
 - 53. Los alumnos pueden tener problemas si no están en su sitio al comenzar la clase.
 - 54. El profesor propone trabajos originales para que los hagan los alumnos.
-
- 55. A veces, los alumnos presentan a sus compañeros algunos trabajos que han hecho en clase.
 - 56. En esta clase los alumnos no tienen muchas oportunidades de conocerse unos a otros.
 - 57. Si los alumnos quieren que se hable sobre un tema, el profesor buscará tiempo para hacerlo.
 - 58. Si un alumno falta a clase un par de días, tiene que recuperar lo perdido.
 - 59. Aquí, a los alumnos no les importa qué notas reciben otros compañeros.
 - 60. Los trabajos que se piden están claros y cada uno sabe lo que tiene que hacer.
 - 61. Existen unas normas claras para hacer las tareas en clase.
 - 62. Aquí, es más fácil que te castiguen que en muchas otras clases.
 - 63. Se espera que los alumnos, al realizar sus trabajos, sigan las normas establecidas.
-
- 64. En esta clase, muchos de los alumnos parecen estar medio dormidos.
 - 65. En esta clase se tarda mucho tiempo en conocer a todos por su nombre.
 - 66. Este profesor quiere saber qué es lo que les interesa aprender a los alumnos.
 - 67. A menudo, el profesor dedica tiempo de la clase para hablar sobre cosas no relacionadas con el tema.
 - 68. Los alumnos tienen que trabajar duro para obtener buenas notas.
 - 69. Esta clase rara vez comienza a su hora.
 - 70. El profesor explica en las primeras semanas las normas sobre lo que los alumnos podrán o no hacer en esta clase.
 - 71. El profesor «aguant» mucho.
 - 72. Los alumnos pueden elegir su sitio en la clase.
-
- 73. A veces, los alumnos hacen trabajos extra por su propia iniciativa en la clase.
 - 74. Hay grupos de alumnos que no se sienten bien en esta clase.
 - 75. Este profesor no confía en los alumnos.
 - 76. Esta clase parece más una fiesta que un lugar para aprender algo.
 - 77. A veces, la clase se divide en grupos para competir en tareas unos con otros.
 - 78. En esta clase las actividades son planeadas clara y cuidadosamente.
 - 79. Los alumnos no están siempre seguros de cuándo algo va contra las normas.
 - 80. El profesor expulsará a un alumno fuera de clase si se porta mal.
 - 81. Los alumnos hacen casi todos los días el mismo tipo de tareas.
-
- 82. A los alumnos realmente les agrada esta clase.
 - 83. Algunos compañeros no se llevan bien entre ellos en la clase.
 - 84. En esta clase, los alumnos deben tener cuidado con lo que dicen.
 - 85. El profesor sigue el tema de la clase y no se desvía de él.
 - 86. Generalmente, los alumnos aprueban aunque no trabajen mucho.
 - 87. Los alumnos no interrumpen al profesor cuando está hablando.
 - 88. El profesor se comporta siempre igual con los que no siguen las normas.
 - 89. Cuando un profesor propone una norma, la hace cumplir.
 - 90. En esta clase, se permite a los alumnos preparar sus propios proyectos.

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

Anexo 1.3. Cuestionario de TDAH para padres

Nombre y apellidos del alumno:
 Edad:.....Curso:.....Fecha:.....
 Cumplimentado por : Padre:.....Madre:.....Ambos:.....

A continuación encontrará una serie de ítems que describen a los niños y a los adolescentes. Por favor, evalúe a su alumno/a respecto a estas conductas de la siguiente forma: marque la respuesta MUCHAS VECES si el alumno/a manifiesta esta conducta muy frecuentemente; marque la respuesta BASTANTES VECES si la realiza frecuentemente; ALGUNAS VECES si el alumno muestra esa conducta ocasionalmente, como cualquier otro alumno. Si la afirmación no se ajusta a su alumno/a marque la respuesta NUNCA. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
(A)				
1. A menudo no presta atención a detalles o comete errores en el trabajo escolar u otras actividades por falta de cuidado	()	()	()	()
2. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego	()	()	()	()
3. A menudo no parece escuchar lo que se le dice	()	()	()	()
4. No suele seguir instrucciones y no termina sus tareas o deberes escolares (no debido a un comportamiento oposicionista o a un fracaso para comprender las instrucciones)	()	()	()	()
5 A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades	()	()	()	()
6. A menudo rechaza o muestra rechazo ante tareas o actividades (como deberes escolares o tareas domésticas) que requieren esfuerzo mental sostenido	()	()	()	()

	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
7. Pierde frecuentemente cosas necesarias para tareas o actividades (libros, libretas lápices, juguetes...)	()	()	()	()
8. Se distrae con estímulos externos	()	()	()	()
9. Se olvida a menudo de las actividades diarias	()	()	()	()
(H)				
10. Juega a menudo nerviosamente con las manos o con los pies o se mueve en el asiento.	()	()	()	()
11. Se levanta de clase o en otras situaciones en las que se espera que esté sentado	()	()	()	()
12. A menudo da carreras o saltos en Situaciones que nos inapropiadas (en adolescentes o adultos se Limita a sentimientos subjetivos De inquietud)	()	()	()	()
13. Suele tener dificultad para jugar o realizar actividades tranquilas	()	()	()	()
14. A menudo habla excesivamente	()	()	()	()
15. Actúa como si estuviera “impulsado por un motor”	()	()	()	()
(I)				
16. Suele responder a las preguntas antes de que se hayan terminado de formular	()	()	()	()
17. Tiene dificultad para mantenerse en la fila o esperar su turno en juegos o situaciones de grupo	()	()	()	()
18. A menudo interrumpe a otras personas	()	()	()	()

Anexo 1.3. Cuestionario de TDAH para profesores

Nombre y apellidos del alumno:

Edad:.....Curso:.....Fecha:.....

Profesor-tutor:.....Colegio:.....

A continuación encontrará una serie de ítems que describen a los niños y a los adolescentes. Por favor, evalúe a su alumno/a respecto a estas conductas de la siguiente forma: marque la respuesta MUCHAS VECES si el alumno/a manifiesta esta conducta muy frecuentemente; marque la respuesta BASTANTES VECES si la realiza frecuentemente; ALGUNAS VECES si el alumno muestra esa conducta ocasionalmente, como cualquier otro alumno. Si la afirmación no se ajusta a su alumno/a marque la respuesta NUNCA. Por favor, no deje ninguna respuesta sin contestar.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	MUCHAS VECES
(A)				
1. A menudo no presta atención a detalles o comete errores en el trabajo escolar u otras actividades por falta de cuidado	()	()	()	()
2. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego	()	()	()	()
3. A menudo no parece escuchar lo que se le dice	()	()	()	()
4. No suele seguir instrucciones y no termina sus tareas o deberes escolares (no debido a un comportamiento oposicionista o a un fracaso para comprender las instrucciones)	()	()	()	()
5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades	()	()	()	()
6. A menudo rechaza o muestra rechazo ante tareas o actividades (como deberes escolares o tareas domésticas) que requieren esfuerzo mental sostenido	()	()	()	()
	NUNCA	ALGUNAS	BASTANTES	MUCHAS

		VECES	VECES	VECES
7. Pierde frecuentemente cosas necesarias para tareas o actividades (libros, libretas lápices, juguetes...)	()	()	()	()
8. Se distrae con estímulos externos	()	()	()	()
9. Se olvida a menudo de las actividades diarias	()	()	()	()
(H)				
10. Juega a menudo nerviosamente con las manos o con los pies o se mueve en el asiento.	()	()	()	()
11. Se levanta de clase o en otras situaciones en las que se espera que esté sentado	()	()	()	()
12. A menudo da carreras o saltos en Situaciones que nos inapropiadas (en adolescentes o adultos se Limita a sentimientos subjetivos De inquietud)	()	()	()	()
13. Suele tener dificultad para jugar o realizar actividades tranquilas	()	()	()	()
14. A menudo habla excesivamente	()	()	()	()
15. Actúa como si estuviera “impulsado por un motor”	()	()	()	()
(I)				
16. Suele responder a las preguntas antes de que se hayan terminado de formular	()	()	()	()
17. Tiene dificultad para mantenerse en la fila o esperar su turno en juegos o situaciones de grupo	()	()	()	()
18. A menudo interrumpe a otras personas	()	()	()	()

Anexo 2.1. YO NACÍ CON UNA DISCAPACIDAD INVISIBLE

Imagínense lo que se siente no saber cómo comunicar tus pensamientos, tus sentimientos o tus ideas. Tener los conceptos corriendo por toda tu cabeza, pero no la habilidad para comunicarlos, imagínense que no pueden hablar o escribir en la forma que los demás lo saben hacer.

Intentar hacer un resumen del libro que te tardaste más de un mes en leer y que la maestra no le entienda nada, que todas las ideas están desorganizadas y que está lleno de faltas de ortografía.

Y después de que le dedicaste más de 4 o 5 horas a la tarea se te olvida en la mesa de la cocina.

Imagínense tener que repetir la mayor parte de los trabajos varias veces por que está sucio, le falta estructura, se te olvidó la fecha o ponerle título y por supuesto que la maestra lo identificara por tu mala letra, o por que era el único que no traía nombre

Mi vida escolar fue muy desagradable: No entendía bien lo que leía, las matemáticas me parecían cuentos de extraterrestres, la maestra de 5° año me pedía que escribiera el número 2.543 y yo lo escribía por escrito. Odiaba los quebrados, no le encontraba ningún chiste a pasármela cortando pasteles imaginarios en trozos iguales, si lo importante era comérselo ¡y ya!

Nunca pude quedarme sentada, sin moverme ni siquiera un ratito. Mis maestras me decían que si tenía chinches en el asiento o que qué me pasaba, que ya estaba grandecita para saberme sentar bien y respetar el trabajo de los demás.

Molestaba a los demás con mis ruidos, no los dejaba concentrarse o prestar atención, y como yo nunca había experimentado lo que era eso de concentrarse o prestar atención me preguntaba ¿a quién se la presto?, ¿sería un material escolar que seguramente ya había perdido y que ni cuenta me había dado?

No entendía lo que nos decían los maestros, casi siempre llevaba a la escuela una tarea que no tenía nada que ver con la que mis compañeros hacían.

En las clases soñaba, me fluían mil ideas. Sí estábamos tratando el tema de los ríos entonces mentalmente me ubicaba en alguna historia que me había pasado con anterioridad y de repente cuando regresaba de mi recuerdo ya estaban mis compañeros realizando un ejercicio de matemáticas. Siempre me pregunté ¿Cómo, a qué horas cambiaron de actividad?, y ¿Por qué no me avisaron?

Por supuesto que me la pasaba castigada, haciendo páginas y páginas. Repitiendo sin cesar las tablas de multiplicar, para que al día siguiente... se me olvidaran.

Si, si me distraía hasta con el vuelo de una mosca.

Era muy difícil que me creyeran tantos olvidos, me decían: ¿Qué te pasa?, ¡No eres tonta para lo que quieres!, ¡Sí tu quisieras tú podrías lograrlo todo, tu podrías ser la primera de tu clase!, ¡Lo que pasa es que eres una floja, no le echas ganas...Apúrate!

Todavía hoy cuando oigo esas palabras me retumban los oídos. ¡Por supuesto que Sí quería sacarme buenas calificaciones!, ¡Por supuesto que prefería pasar de año a repetir!, Me gustaba jugar y no pasármela castigada, pero ¿Realmente sería YO una tonta?, me lo cuestionaba muchas veces, bueno... y hasta me lo llegué a creer durante muchos, muchos años.

Ahora se preguntarán, ¿Y para qué era buena?

Hacía las mejores travesuras, me encantaba patinar, andar en la bici, construir avalanchas, organizar fiestas, contar chistes y disfrazarme.

Siempre fui la más audaz entre mis compañeros y mis vecinos. Me atrevía a todo, a copiar en los exámenes, a retar a los maestros, a participar en las carreras de motos, todo esto y más, propició que tuviera muchos amigos y amigas, me consideraban "rara", pero les caía bien.

Como me tiraron de 13 colegios por latosa, eso me permitió conocer a muchas personas, me ayudó a ser una persona sociable, dinámica y que contaba con un sinfín de experiencias.

Me facilitó a entender y a no tenerle miedo a los cambios. Volé lejísimos con mi imaginación, era muy creativa y por lo tanto no me aburrí nunca.

Siempre he dormido muy poco, eso me ocasionó muchos problemas con mis padres, pero era el único momento donde yo podía hacer lo que me gustaba: Dibujar, bailar, cantar enfrente del espejo, sentirme artista y soñar con que llegaba un hada y mágicamente acababa con mis problemas escolares. Recuerdo que en esas noches, yo sola en mi cuarto no me sentía juzgada, criticada y sobre todo nadie me decía que estaba perdiendo el tiempo.

Pero... ¿Qué es perder el tiempo?

¿Hacer lo que yo sabía hacer?

¿Hacer actividades que no eran "calificables"?,

¿Eso es perder el tiempo?

Siempre sentí que no le daba gusto a mis maestros ni a mis padres, ellos esperaban más de mí, pero yo no sabía como hacer las cosas para que me salieran como ellos querían.

Poco a poco me di cuenta que YO necesitaba hacer más cosas que los demás: Organizarme, llevar una agenda, aprender a leerla, proponerme oír una clase aunque fueran sólo 10 minutos.

Aprendí a conocerme y a saber que mis períodos de atención eran mejor por la noche. Aprendí que *EL NO ENTENDER NO SIGNIFICA SER TONTA*, Aprendí que *QUERER NO SIGNIFICA PODER*, sino que no podía por qué no sabía cómo y que en muchas ocasiones lo que me faltaba era sólo entender las instrucciones.

Ahora que soy adulta, todavía me pasan mil cosas, pero he aprendido también a reírme de ellas, ¡No pasa nada!, lo vuelvo a intentar, y si no sale pues pido ayuda.

Me sigue costando mucho trabajo organizarme, escuchar una instrucción completa, darme cuenta de cuando estoy distraída, sigo siendo intolerante e impaciente.

Si, aprendemos de manera distinta, miramos al mundo con otra lupa, pero somos muy inteligentes, muy creativos, perspicaces y sobre todo tenemos una gran capacidad de aprendizaje.

El Trastorno por Déficit de Atención es una *INCAPACIDAD INVISIBLE* para los demás pero dolorosamente demasiado visible para quienes lo vivimos.

Yo los invito a ver más adentro de cada persona, a entender que querer NO es poder y así dar lo mejor de nosotros para ayudar a ser y hacer mejores personas.

Regina Ferrari de Camacho

Psicóloga Educativa

P R E S I D E N T A

SOCIEDAD MEXICANA DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Anexo 2.2. TESTIMONIO

CARTA DE UN NIÑO CON PROBLEMAS DE ATENCIÓN A SU PROFESORA

Sé que no soy un niño fácil, que me distraigo con frecuencia y que no obedezco. Sé que a veces interrumpo las clases e incluso hago que los otros niños no atiendan. Sé, en resumen, que hago tu trabajo más difícil de lo que habitualmente es. Me duele pero sé que no soy lo que a los demás les gustaría que fuera. Pero todo eso es por fuera porque por dentro soy un niño como los otros con una inteligencia maravillosa y un gran corazón, solo que cubierto con una camisa de tristeza y un gran abrigo de hostilidad para disimular.

Precisamente, con ese corazón es que puedo decirte: GRACIAS!

Gracias por estar siempre a mi lado. Gracias por no hacer caso cuando te digo que te vayas.

La verdad soy un niño solo, más solo que los demás, quizá el más solo de la clase, por eso para mí es tan importante para mí que tú quieras estar conmigo.

Gracias por entender que no soy malo, ni perezoso sino que soy diferente, que aprendo a otro ritmo, por exigirme sólo lo que puedo dar y en la medida en la que puedo dar.

Gracias por protegerme. A veces de los adultos intemperantes, a veces de los otros niños y gracias por protegerlos a ellos de mí. Creo que en ocasiones sin querer les hago mal.

Gracias por recogerme cuando los demás me desechan, por no reírte cuando los demás se burlan de mí, por entenderme cuando no sé expresarme.

Gracias por no darte por vencida aún cuando a veces te sientas cansada-

Gracias por aceptar el reto que significa el manejar a un niño como yo.

Gracias por ser muda cuando me merezco una crítica, gracias por ser sorda cuando otros te hablan mal de mí.

Gracias por gritar mis logros sabiendo que costaron un poco más de esfuerzo que para los otros. Gracias en fin por todo.

Sin ti, sin tu esfuerzo no saldré adelante, tú eres mi gran aliada, nunca me faltes.

RECORDA AQUESTS 5 PUNTS CLAU PER MILLORAR L'AUTOESTIMA!

1. **Accepta'l!** Fes-lo sentir únic, valora'l a ell com a persona i no valoris solament els seus èxits i competències.
2. **Descobreix que té d'especial i digues-li!** Practica l'elogi, tenint en compte les seves dificultats i grau d'esforç, verbalitzant tots els aspectes positius de la seva conducta.
3. **"Creu en ell".** Ofereix confiança en el teu fill o alumne. Proposa-li responsabilitats amb la teva supervisió i ajut. Pots començar oferint-li activitats on saps que fàcilment pot aconseguir èxits.
4. **Analitza els teus missatges.** Que aquests es converteixin en missatges positius que l'indiquin què esperem d'ell (sense oblidar on són les seves dificultats).
5. **Fes ús del llenguatge de l'autoestima.** Utilitza un llenguatge positiu i evita acusacions, ridiculitzacions i comentaris irònics. Intenta substituir el verb "ésser" pel verb "estar". Per exemple en lloc de dir-li "*ets un desendregat*" podem dir-li "*el teu pupitre està desendregat.*" No ataquem la seva autoestima, el que fem és mostrar-li la conducta correcta.

Anexo 2.3. Orientaciones para mejorar la autoestima en niños con TDAH
(elaborado por la Fundación Adana)

Autoestima i TDAH

QUÉ ES EL TDAH

QUÈ ÉS L'AUTOESTIMA

COM MILLORAR-LA

QUÉ ES EL TDAH

No podré!, No podré!. Són les nou i encara no he acabat les matemàtiques. Soc un desastre, sempre em passa el mateix. I demà... el comentari de sempre "Carles, segur que avui tampoc has portat els deures, oi?". No és just, no s'adonen que m'esforço?, no entenc per que em surt tot tan malament. Començo a estar fart.

Tant en Carles, que té quinze anys, o altres com en Miquel de tres o la Núria de vuit pateixen el *Trastorn per Dèficit d'Atenció amb o sense Hiperactivitat (TDAH)*

Aquest és un trastorn d'origen **neurobiològic** que es caracteritza pel *dèficit d'atenció, impulsivitat* i/o per *hiperactivitat excessiva* i inapropiada per l'edat del nen.

Tots tres són ben diferents, en Miquel "no para", diuen els seus pares, la Núria sempre perd les coses i s'està barallant amb els companys o germans i, per en Carles, lliurar un treball al dia es fa quasi impossible. I és que sabem (segons el DSM IV-R, Manual de diagnòstic i estadístic de l'Associació de Psiquiatria Americana, 2000) que aquest trastorn es pot dividir en tres subtipus diferenciats:

- El nen/a o jove *inatent*: predomina la dificultat d'atenció
- El nen/a o jove *hiperactiu-impulsiu*: predomina la dificultat en l'autocontrol
- El *combinat*: presenta símptomes d'hiperactivitat, d'impulsivitat i d'inatenció.

QUÈ ÉS L'AUTOESTIMA

L'*autoconcepte* és la representació mental que cadascú té d'un mateix referint-se a com ens veiem físicament, personalment i socialment. Aquesta representació o descripció es realitza a partir de la imatge que la persona capta de si mateixa en els principals contextos en que es mou: escolar, social, familiar, laboral, etc.

En el moment en que el nen compara aquesta imatge que ha anat formant d'ell mateix amb la imatge ideal de la persona que voldria ser és quan diem que es comença a formar la seva *autoestima*.

Si la diferència entre la imatge que té el nen de si mateix i l'ideal és molt gran l'autoestima serà baixa, si la diferència és petita l'autoestima serà alta.

PER QUÈ LA MAJORIA DE NENS AMB TDAH TENEN UNA BAIXA AUTOESTIMA?

Els nens amb TDAH es valoren a si mateixos més negativament, amb més problemes, més impopulars i menys feliços que els nens de la seva edat. Més del 50% de nens amb TDAH presenten problemes emocionals com sentiments depressius, sentiments de desconfiança, inseguretat o baixa autoestima. Això pot donar-se per diferents motius com:

- Els nens amb TDAH són més difícils d'educar, d'aquí que rebin amb major freqüència una informació negativa sobre el seu comportament i les seves tasques. Massa sovint se'ls hi diu "*no cridis*", "*comporta't*", "*el full està brut*" o "*torna-ho a fer!*".
- Aquests nens creixen sotmesos a major número de fracassos i errors. S'esforcen per fer bé les coses, per agradar als del seu

voltant, però els resultats no sempre són satisfactoris i cometen més errors que els altres tot i quan s'esforcen més.

- ❑ Arrel d'aquest esforç sense èxit se senten indefensos “*no sé que fer, faci el que faci fracasso*”.
- ❑ Després de fracassar en algunes tasques els adults van deixant d'oferir responsabilitats per por a que no compleixin i el nen ho viu com un missatge negatiu que li diu “*no t'ho deixo fer doncs no seràs capaç*”, llavors, el nen no es sent competent ni segur d'ell mateix.

Per a tots ells i les seves famílies els ha estat difícil entendre i acceptar que no ha estat culpa seva, que aquest trastorn té origen neurobiològic i que amb un bon tractament multidisciplinar, que contempli la família, l'escola, el professional clínic i al mateix nen o jove, es poden evitar molts problemes associats com baix rendiment acadèmic, fracàs escolar, baixa autoestima, problemes emocionals, dificultats en les relacions familiars o problemes en les seves relacions socials.

COM MILLORAR L'AUTOESTIMA A CASA

Per millorar l'autoestima des de casa es poden tenir en compte les següents consideracions:

- ❑ **Verbalitzar tots els aspectes positius de la seva conducta.** Quan a la mare d'en Miquel li preguntem si felicita al seu fill quan aquest està en silenci, jugant a la seva habitació, aquesta ens respon: “*no!, doncs crec que això és el normal, així ho fa el seu germà!*”. Hem d'entendre que per en Miquel no és fàcil restar a la seva habitació, penjar la cartera en arribar a casa o posar-se a fer els deures quan se li demana. Caldrà que elogiem i felicitem qualsevol conducta que per a ell sabem que és difícil (degut al seu trastorn).
- ❑ **Ajudar-lo a analitzar correctament els problemes.** Mentre la Núria fa els deures sovint comet errors, oblida anotar la resposta del problema o el número que es portava en la resta, i, quan li fem veure, ella es repeteix “*és que sóc tonta*”. Cal ajudar-la a analitzar que no ha estat una qüestió d'intel·ligència sinó d'atenció (dir-li: “*t'has distret*”).
- ❑ **Ajudar-lo a acceptar les pròpies limitacions.** Per arribar a aconseguir que el nen o jove s'accepti a ell mateix cal primer una acceptació per part de qui els envolta, valorant i acceptant les seves competències i dificultats.

A través de l'empatia, és a dir, donant a conèixer al nen que comprenem els seus sentiments o preocupacions, podem fer-li entendre que tots tenim dificultats en algunes àries i capacitats en unes altres.

- ❑ **Tractar-lo sempre amb respecte.** Evitar frases com *“ets un gandul”, “ets dolent”* o *“ets un descuidat”* i intentar substituir-les per *“entenc que et faci mandra, però quan abans ho acabis abans podràs jugar”* o *“si deixes les joguines desendreçades després et costa trobar-les”*. Evitar en tot moment comentaris que ridiculitzin el que diu o el seu comportament o el llenguatge irònic, ja que aquest és ambivalent (les paraules diuen una cosa però en realitat el missatge és un altre, com: *“si, si, suposo que ho faràs igual de bé que sempre, oi?”*)

COM MILLORAR L'AUTOESTIMA A L'AULA

Un nen amb baixa autoestima dins de l'aula pot fer que el seu rendiment sigui inferior al que voldríem. Per això la importància de dedicar temps a incrementar-la. Podem tenir en compte les següents orientacions:

- ❑ **Acceptar les dificultats** que suposa tenir un alumne amb TDAH dins l'aula (cal supervisar més sovint l'agenda doncs els costa anotar els seus deures de forma correcta i no utilitzar aquesta com a mitjà de transmissió de missatges negatius sobre la seva conducta o rendiment).
- ❑ Un cop es coneixen aquestes dificultats és més fàcil **identificar els esforços** per part de l'alumne i elogiar quan realitza alguna cosa ben feta. Cal felicitar i reconèixer-li els èxits, per petits que siguin, i sempre tenint en compte el grau d'esforç que per a ell implica.
- ❑ **Oferir-li major grau de confiança** en la seva persona i en les seves competències. Dir-li *“ajuda'm, m'agrada saber que puc comptar amb tu”*. Poc a poc anar oferint-li més responsabilitats, encara que haurà de ser sota la nostra supervisió. Així a la vegada que anirem reforçant els petits èxits li dediquem ajuda, temps i afecte.
- ❑ **Intentar modificar el nostre llenguatge** per tal d'evitar el tan temible NO (*“no corris, no fas els deures!, no molestis als companys...”*).

Anexo 2.4.1. Ejemplo de objetivos para una economía de fichas

M'ESFORÇO EN...



**COMENÇAR A
TREBALLAR**

Agafó el llapis

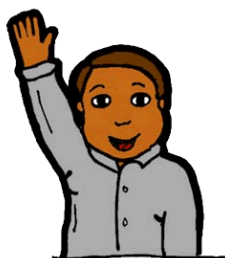


**QUAN NO
VULL
CONTINUAR**

CREU ELS BRAÇOS







**ACABAR
LA TASCA**



**AIXECO LA
MÀ PER
PARLAR**

Anexo 2.4.2. Tarjetas de felicitación o de advertencia.

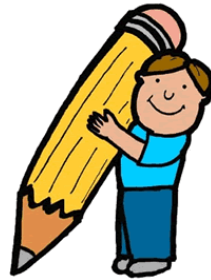
 <p>Per _____ _____</p> <p>Guanyes: ____cromos</p>	 <p>Per _____ _____</p> <p>Guanyes: ____cromos</p>
---	--

 <p>Per _____ _____</p> <p>Guanyes: ____cromos</p>	 <p>Per _____ _____</p> <p>Guanyes: ____cromos</p>
---	--



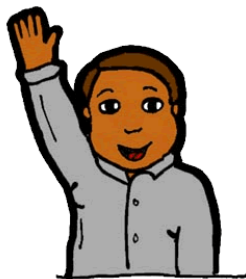
Per _____

iiEtic molt contenta!!



Per _____

iiMoltes felicitats!!



Per _____

iiContinua així!!
iiEnhorabona!!

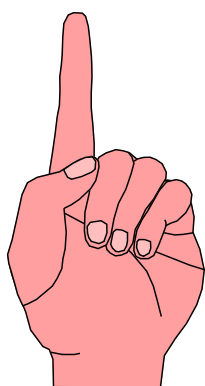


TIMEOUT!

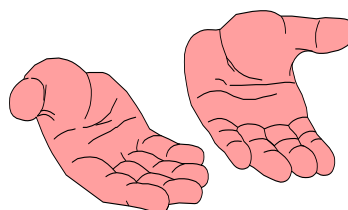


Per _____

Guanyes: ____ cromos

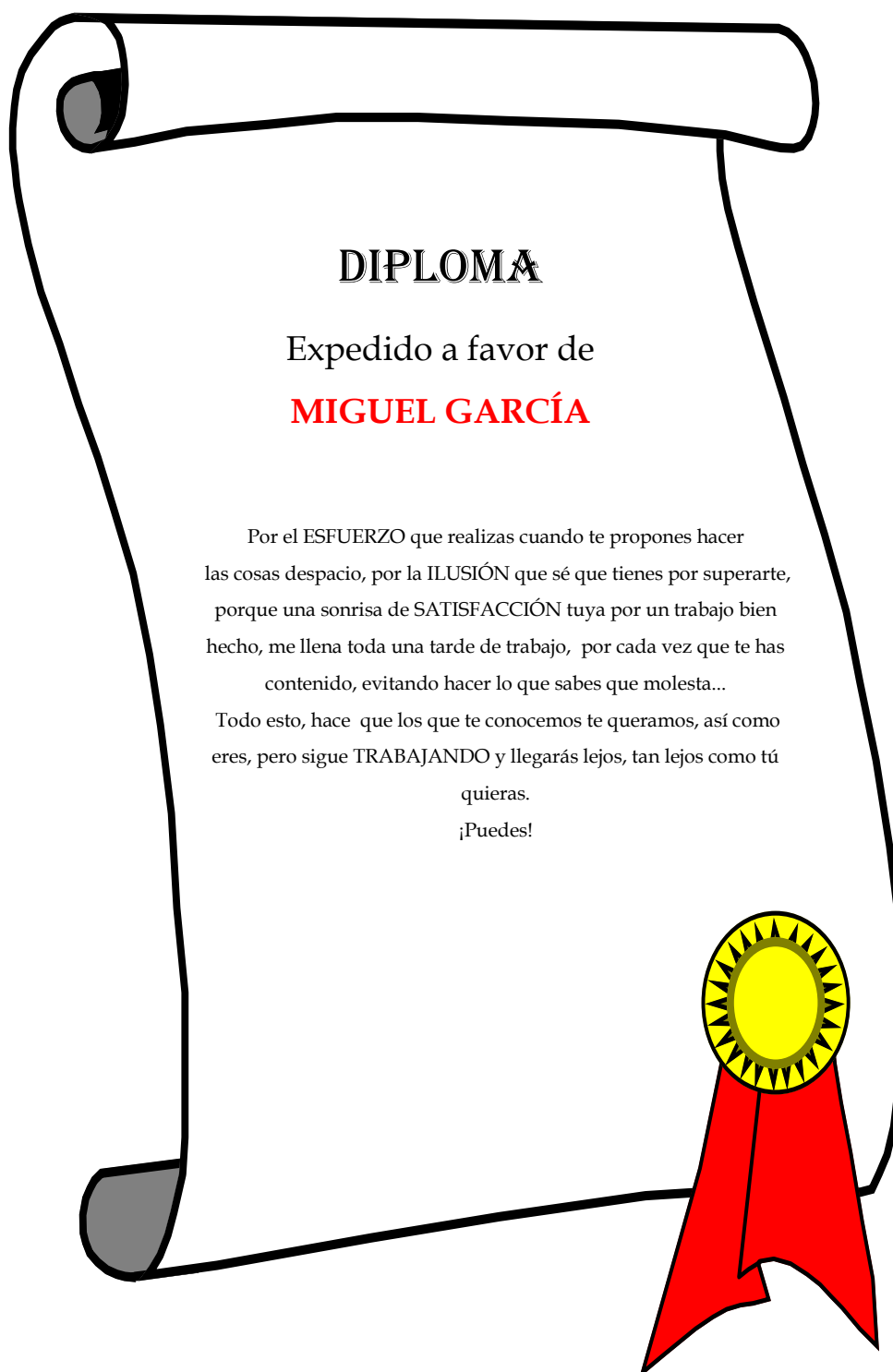


PRIMER AVÍS



SEGON AVÍS

Anexo 2.4.3. Diploma motivacional.



Anexo 2.5. Ejemplo de contrato de contingencias

Yo.....he acordado con mis padres y mi tutora lo que aquí hacemos constar:

☒ Después de cada hora de clase me autoevaluaré las siguientes tareas.

1. Apuntar en la agenda los deberes
2. Realizar los deberes de cada asignatura
3. Traer el material necesario para trabajar en clase
4. Realizar el trabajo que el profesor/a ponga en clase

YO me valoraré cada una de las tareas: Cuando piense que he cumplido con lo acordado, me pondré **UN PUNTO POSITIVO** y cuando no lo cumpla me pondré **UN PUNTO NEGATIVO**.

Después hablaré con el profesor/a que esté en clase para ver si está de acuerdo con mi opinión, firmando en ese caso. Si no estuviera de acuerdo, rectificaría mi evaluación. Mis padres cada tarde revisarán la autoevaluación.

Con mis padres he acordado que, como recompensa al esfuerzo que demuestro en clase para mejorar mi comportamiento **OBTENDRÉ ALGUNOS PRIVILEGIOS**:

1. Cuando obtenga 15 POSITIVOS en un día podré siempre y cuando haya terminado mis tareas del cole y de casa: jugar al ordenador 30 minutos, o ir en bici, o ver un programa de TV, o ... Si no he cumplido con mis tareas no podré optar a todo esto.
2. Si durante una semana obtengo de 50-70 puntos, el fin de semana

3. Cuando alcance 500 puntos podré conseguir _____

Fdo. Jorge

Fdo. Padres

Fdo. Tutora

Anexo 2.6. Ejemplo de registro de observación del profesor

Hoy es:

--

Charla en momentos de trabajo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Incordia, no deja trabajar a los demás

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hace ruiditos

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cuando se le llama la atención reacciona con agresividad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Interrumpe en las explicaciones

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

...

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo 2.7. Ejemplo de ficha de autoevaluación reforzada

NOMBRE:

FECHA:

ASIGNATURA:

Elige con una cruz la frase que mejor informe sobre tu comportamiento:

☐ He permanecido en clase sentado correctamente, en silencio, sin llamar la atención.

☐ Hago ruiditos en clase, me muevo demasiado en la silla, me siento de mala manera.

☐ He mirado e intentado decir cosas a mis compañeros (gestos inoportunos, sonrisas burlonas, ...) mientras mi profesor/a está hablando.

☐ He intentado comprender lo que mi profesor/a está diciendo: le miro, escucho, pienso en lo que dice sin hablar.

☐ Me han llamado la atención y no he escuchado, he contestado: “no sé nada”, “yo no he sido”, “no soy el único”, “me tienes manía”.

☐ He reconocido que lo que he hecho mal, he escuchado a mi profesor/a y aceptado su sanción. He hablado con él/ella para solucionar el problema y comprometerme a que no vuelva a ocurrir.

☐ No me han llamado la atención.

☐ Me he portado muy bien.

Fdo. Profesor/a:

Alumno:

☐ Me he portado bien

☐ Me he portado regular

☐ Me he portado mal

Anexo 2.8. Autoevaluación reforzada cole-casa.

Yo.....he acordado con mis padres y mi tutora lo que aquí hacemos constar:

☒ Después de cada hora de clase me autoevaluaré las siguientes tareas.

1. Apuntar en la agenda los deberes
2. Realizar los deberes de cada asignatura
3. Traer el material necesario para trabajar en clase
4. Realizar el trabajo que el profesor/a ponga en clase

YO me valoraré cada una de las tareas: Cuando piense que he cumplido con lo acordado, me pondré **UN PUNTO POSITIVO** y cuando no lo cumpla me pondré UN **PUNTO NEGATIVO**.

Después hablaré con el profesor/a que esté en clase para ver si está de acuerdo con mi opinión, firmando en ese caso. Si no estuviera de acuerdo, rectificaría mi evaluación. Mis padres cada tarde revisarán la autoevaluación.

Con mis padres he acordado que, como recompensa al esfuerzo que demuestro en clase para mejorar mi comportamiento **OBTENDRÉ ALGUNOS PRIVILEGIOS**:

1. Cuando obtenga 15 POSITIVOS en un día podré siempre y cuando haya terminado mis tareas del cole y de casa: jugar al ordenador 30 minutos, o ir en bici, o ver un programa de TV, o ... Si no he cumplido con mis tareas no podré optar a todo esto.
2. Si durante una semana obtengo de 50-70 puntos, el fin de semana

3. Cuando alcance 500 puntos podré conseguir

Fdo. Jorge

Fdo. Padres

Fdo. Tutora

HOJA DE AUTOEVALUACIÓN INDIVIDUALIZADA



Fecha:	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	6 ^a	7 ^a
Deberes						
Material						
Trabajo						
Firma Profesor						
Firma Padres						

Fecha:	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	6 ^a	7 ^a
Agenda						
Deberes						
Trabajo						
Firma Profesor						
Firma Padres						

Fecha:	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	6 ^a	7 ^a
Agenda						
Deberes						
Material						
Trabajo						
Firma Profesor						
Firma Padres						

Fecha:	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	6 ^a	7 ^a
Agenda						
Deberes						
Material						
Trabajo						
Firma Padres						

BANCO DE PUNTOS

FECHA			TOTAL
L			
M			
X			
J			
V			
L			
M			
X			
J			
V			
L			
M			
X			
J			
V			
L			
M			
X			
J			
V			
L			
M			
X			
J			
V			
L			
M			
X			
J			
V			
L			
M			
X			
J			
V			

Anexo 2.9. Orientaciones de manejo instruccional para alumnos con TDAH (adaptado de Miranda, A., Roselló, B y Soriano, M. (1998).

Orientaciones a Profesores para su Actuación Educativa con Alumnos con Deficiencias Atencionales

Las dificultades típicas de los estudiantes con problemas de atención y los problemas asociados que suelen experimentar, exigen la adopción de pautas de intervención sistemáticas por parte de los profesores. Esencialmente Valett (1980), Goldstein y Goldstein (1987) Branswell y Blomquist (1991) y Du Paul y Stoner (1994) son los autores que han mostrado una especial preocupación por el desarrollo de estrategias educativas con una mayor utilidad para trabajar con niños con Déficit de Atención en el aula, basándose tanto en la investigación educativa como en las indicaciones de los propios profesores. Para que sean efectivas estas estrategias deberán estar enmarcadas en la dinámica diaria del aula y del centro escolar y, debido al carácter persistente que caracteriza a los trastornos de atención, mantenerse con continuidad, es decir, sin un plazo de tiempo prefijado.

A continuación se presenta una síntesis de los procedimientos recomendados, aunque las decisiones a tomar en cada caso en particular deberán fundamentarse en el conocimiento de las necesidades educativas, conductuales y emocionales de cada estudiante.

Disposición Física del aula

- Es recomendable estructurar el espacio físico del aula adoptando una disposición por filas, ya que así se promueve la discusión y se facilita el trabajo independiente. Interesa reducir al mínimo los proyectos que necesariamente hayan de realizarse conjuntamente por varios alumnos y que exigen la colocación de las mesas por grupos de estudiantes porque este tipo de organización potencia las distracciones interpersonales. En el caso de que sea necesario desarrollar un trabajo en equipos lo indicado es colocar las mesas en forma de herradura, colocación que puede favorecer la interacción pero que también permite el trabajo independiente.
- Al margen del tipo de disposición seleccionado, es importante que el profesor pueda moverse con facilidad por la clase y que pueda tener acceso a todos los estudiantes. Además el profesor deberá situarse cerca de los alumnos con deficiencias atencionales cuando dé las instrucciones para las actividades o explique las lecciones.
- Los estudiantes con más facilidad para distraerse tendrán que estar colocados cerca del profesor pero intentando que esto no lo interpreten como un castigo. Evitar asimismo que estén situados cerca de las ventanas o de la puerta del aula a fin de eliminar en lo posible las distracciones visuales o auditivas.
- Cuidar de que en los pupitres solamente aparezcan los materiales indispensables para llevar a cabo el trabajo asignado en cada momento. Evitar

que estén la vista objetos interesantes que inviten al niño a manipularlos en lugar de centrarse en su trabajo.

- Colocar al lado del estudiante con déficits de atención compañeros que sean modelos apropiados, es decir, que sean atentos, ordenados, que cumplan las órdenes, etc.

Presentación de las Explicaciones

- Proporcionar al estudiante, antes de la explicación de un tema un listado de conceptos "claves" o de los aspectos más importantes que se va a exponer. Esta forma de proceder permitirá al niño saber en qué tiene que focalizar su atención, extraer la información principal adecuadamente y seleccionar con facilidad cuáles son las cuestiones más importantes.

- Promover la participación activa del alumno con un DA durante la presentación de los temas o lecciones

- Hacer que desempeñe un papel de ayudante en la instrucción, escribiendo palabras o ideas claves en la pizarra.

- Motivarlo para que elabore imágenes mentales de los conceptos o de la información que se está presentando. Plantearle preguntas sobre estas imágenes a fin de asegurarse de que está visualizando el material que tiene que aprender.

- Realizar actividades de juego de roles dirigidas al aprendizaje de conceptos nuevos, acontecimientos históricos, fenómenos sociales...

- Plantear al alumno preguntas frecuentes, durante las explicaciones de los temas, y ofrecer una retroalimentación inmediata de sus respuestas.

- Si durante la explicación de una lección, se presenta mucha información en la pizarra es conveniente utilizar tizas de diferentes colores para destacar los conceptos más importantes.

- Mantener un contacto ocular, tan frecuentemente como resulte apropiado, durante las explicaciones de los temas.

- Utilizar claves y señales no verbales para redirigir la atención del estudiante, mientras se continúa con la explicación a la clase en general.

- Proporcionar al alumno un sistema de tutoría de un compañero que le ayude a revisar los conceptos fundamentales de la lección.

- Permitir que los estudiantes con déficits de atención expliquen los conceptos aprendidos en la explicación a otro compañero que presente más dificultades que él en el aprendizaje.

Planteamiento de las Actividades

- Simplificar, en la medida de lo posible, las instrucciones sobre las tareas. Después de explicarlas a la clase en general, es conveniente pedir que el

estudiante con un trastorno de atención las repita, incluso aunque ya haya comenzado la tarea.

- Para eliminar estímulos distractorios del ambiente, puede resultar adecuado que el alumno hiperactivo utilice auriculares para escuchar música relajante mientras hace las tareas que se le han asignado.

- Acoplar las exigencias a las posibilidades del alumno para lo cual pueden resultar útiles las siguientes indicaciones:

- Establecer el período de tiempo durante el cual el niño puede actualmente mantener su atención centrada en la tarea. Reforzar e ir aumentando progresivamente su esfuerzo atencional, en lugar de reñirle o forzarle por medios impositivos para que trabaje durante más tiempo.

- Seleccionar cuidadosamente el nivel de dificultad de las actividades a fin de procurar que no se produzca la frustración y el abandono.

- Si el alumno es lento para realizar las tareas, para que pueda progresar, es preferible bajar el listón de productividad: es mejor que termine 4 ejercicios bien hechos a que haga 8 mal.

- Segmentar las tareas complejas en fases, marcar un tiempo prudente para terminar cada fase, alabar al estudiante cada vez que haya conseguido alcanzar el objetivo marcado, y pedirle que siga a continuación con la siguiente fase.

- Dar las instrucciones para la realización de las actividades utilizando un lenguaje sencillo y claro. Incluso, después de haberlas expuesto a la clase, resulta útil pedirle al alumno con un D. de atención que explique qué es lo que tiene que hacer para asegurarse de que las ha entendido perfectamente.

- Hay que evitar hacer comentarios sobre conductas indicativas de falta de atención hacia las tareas, tales como "estás en las nubes", "no estás atendiendo a tu trabajo", "ya está bien", o dar órdenes del tipo "no te distraigas con el lápiz", o "atiende ". En lugar de ello es preferible suministrar al alumno claves verbales discriminativas que le instiguen a reflexionar sobre su forma de comportarse "recuerda qué es lo que tenías que hacer" o ¿estás terminando ya tu trabajo?.

- Es conveniente que el profesor se pasee por la clase para comprobar qué está haciendo el estudiante y que le suministre retroalimentación sobre su trabajo sin molestarle.

- Elegir preferentemente cuadernos de actividades que tengan un formato sencillo. No deberán presentar dibujos que no estén esencialmente relacionados con las tareas a realizar. Además sólo deberán incluir una ó dos actividades por página, dejando espacios en blanco entre ellas.

- Facilitar las transiciones de unas actividades a otras haciendo uso de señales "claves" visuales o auditivas (por ejemplo un toque de campanilla), evitando en lo posible que se produzcan períodos largos de espera.

- Enseñar y motivar al estudiante para que aplique las autoinstrucciones a las actividades que resulten apropiadas para ello. Tratar que, mediante el lenguaje auto-dirigido:

- 1) se pare y considere qué es lo que tiene que hacer (¿Cuál es mi problema?),
- 2) genere posibles directrices de actuación (¿Cuál es mi plan?),
- 3) auto-observe su ejecución (¿Estoy siguiendo mi plan?), y
- 4) se auto-refuerce (Bien, me he esforzado mucho y he conseguido hacerlo bien), o que, en su caso, desarrolle autoinstrucciones de afrontamiento del error (Me he equivocado. La próxima vez tengo que ir más despacio y pensar mejor lo que hago)

Realización de Trabajos y de Exámenes

- Resulta muy útil dialogar con el estudiante sobre los trabajos que se le han pedido para asegurarse de que comprende perfectamente la forma de realizarlos y presentarlos: cuando un trabajo se considera que está completo, cuando se valora como bien ejecutado. Plantearle preguntas relativas a estos aspectos sobre el trabajo que haya presentado.

- Procurar que las pruebas/exámenes no sean largas. Resulta más procedente hacer pruebas cortas con cierta frecuencia que hacer pocas pruebas con una larga duración.

- Si el niño puede demostrar un dominio adecuado de los contenidos en 10 o 15 cuestiones/ problemas no exigirle que haga 25 ó 30.

- Usar en los exámenes un formato sencillo para evitar distracciones. Como norma general, lo indicado sería presentar solamente una o dos preguntas en cada página, separadas por un amplio espacio en blanco.

Organización

- Demostrar que se valora el orden, asignando 5 minutos cada día para que los alumnos organicen sus pupitres, cuadernos, estanterías, etc.

- Reforzar la organización, implantando el procedimiento de "pupitre limpio" que consiste en dar un premio cada día para la fila o círculo de pupitres más ordenados.

- Utilizar la "agenda de deberes" que el niño deberá llevar a casa para que los padres la firmen diariamente. También pueden usarse cintas de cassette para grabar cuáles son los deberes que tiene que traer el estudiante terminados al día siguiente. De esta forma el niño empieza a enfrentarse a su problema y es responsabilidad suya asegurarse de grabar la información. Esta estrategia también es recomendable que se utilice en casa. Los padres, si no están en casa, pueden dejar grabadas las instrucciones u órdenes para que su hijo las escuche cuando llegue y sepa qué es lo que tiene que hacer.

- Proporcionar una estructura externa que facilite el cumplimiento de las diferentes actividades de cada día de clase. Se trata de establecer, en la medida de lo posible, un horario sistemático y para que el estudiante pueda recordarlo en todo momento colocar un cartel indicador en la pared más visible del aula.
- Explicar con antelación los cambios inesperados que vayan a producirse en la rutina diaria de clase para evitar que se produzcan reacciones agresivas o disruptivas por la excitabilidad que caracteriza a los estudiantes con déficit de atención.
- Utilizar claves visuales y/o auditivas como señales para indicar que la tarea que se está realizando va a terminar y se va a comenzar una nueva actividad. Manejar de forma rápida y organizada los cambios que se producen normalmente de una actividad a otra (por ejemplo la transición de un período de trabajo de Matemáticas al recreo).
- Implementar un sistema de puntos, que contemple parámetros de cantidad y calidad, para la realización del trabajo escolar y de los deberes para casa, tomando como punto de referencia el nivel de ejecución del alumno en esos momentos. Puesto que el estudiante con deficiencias de atención necesita refuerzos inmediatos, es conveniente que después de cada tarea terminada con éxito o cuando entregue los deberes de cada día se le entregue un punto con su nombre en él. Estos puntos podrá cambiarlos cada día el niño por privilegios o premios del menú de recompensas estipulado o , en caso de que así lo decida, guardarlos en el "Banco" para hacer el canjeo cuando lo considere conveniente. El menú de recompensas deberá ser amplio y cambiarse con cierta frecuencia a fin de evitar la saciación.

Anexo 2.10. Autoobservación de la atención durante la tarea (Fundación Adana)

EM DISTREC?



COMENTARIS, PREGUNTES, ETC. QUE
NO TENEN RELACIÓ AMB LA TASCA

TASCA 1		
TASCA 2		
TASCA 3		
TASCA 4		
TASCA 5		

-Si, per cada tasca, fas entre 1 i 3 interrupcions, guanyaràs 1 cromó extra.

-Si, per cada tasca, fas 0 interrupcions, guanyaràs 2 cromos

Aquest contracte es revisarà el dia _____

Anexo 2.11. Decálogo elaborado por el grupo de maestros para mejorar la atención en clase y exámenes

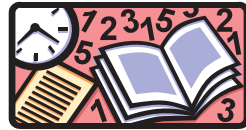
¿Cómo puedo centrar mi atención en clase?

1. Procuraré SENTARME en los **mejores sitios de la clase** para no perderme durante la explicación. Me sería muy útil sentarme **cerca de una persona que sea atenta** para que cuando me pierda o vaya despacio tomando apuntes pueda ayudarme.
2. Debo EVITAR sentarme cerca de las **ventanas** y de la **puerta**.
3. Durante la EXPLICACIÓN del profesor/a tendré siempre en la **mano** un **lápiz** y el **libro de la materia abierto**, para así poder ir siguiendo la explicación e ir **subrayando** lo que destaque.
4. Cuando NO ENTIENDA algo, **levantaré la mano** para preguntarlo.
5. Todo lo que apunte el profesor/a en la PIZARRA **lo apuntaré** en la libreta correspondiente o bien en la agenda.
6. Cuando el profesor CORRIJA EJERCICIOS en la pizarra o dé explicaciones sobre ellos **tomaré nota** en la libreta.
7. Cuando me pierda tomando APUNTES, dejaré un espacio en blanco para después poder completarlo (así no molestaré ni al profesor ni a mi compañero/a durante la explicación).
8. AL ACABAR LA CLASE sacaré la agenda para anotar los ejercicios, deberes, entrega de trabajos, exámenes...
9. Los EXÁMENES o ENTREGA de TRABAJOS los apuntaré el día señalado por el profesor, NO el día en que lo dice.
10. Es aconsejable tener una CARPETA donde poder archivar por asignaturas el material que se esté trabajando (folios sueltos, esquemas de estudio hechos en casa, exámenes...) de manera que quede limpio y ordenado.

¿Cómo centraré mi atención durante la realización de un examen?

1. ANTES de empezar a LEER, tomo aire por la nariz muy lentamente hasta llenar los pulmones, lo retengo mientras cuento hasta tres y suelto rápidamente el aire por la boca. Lo repito tres veces, diciéndome a mí mismo “estoy tranquilo, relajado, me va a salir bien”.
2. ANTES de empezar a ESCRIBIR el examen, **leeré detenidamente** todas las preguntas, para así controlar y repartir el tiempo disponible.
3. EN CADA PREGUNTA leeré detenidamente, y **subrayaré las palabras clave** que me darán pistas sobre lo que debo responder.
4. Además deberé prestar especial atención en los ENUNCIADOS LARGOS pues pueden haber varias preguntas, y las **enumeraré**.
5. ANTES DE ESCRIBIR LA RESPUESTA a una pregunta, **PENSARÉ** qué **estructura** seguiré, recordando el esquema que realicé previamente en casa.
6. **NUNCA** entregaré el primero el examen, pues debo **repasarlo** (faltas de ortografía, nº de preguntas, preguntas no contestadas...)

Cómo resuelvo los problemas de matemáticas



Leo el problema

Bla, bla, bla

Lo cuento con mis propias palabras

49 macetas

Redondeo las cifras y subrayo las palabras importantes

Qué me dan	Qué me piden

Escribo qué me dan... Y qué me piden

Hago un dibujo del problema




¡Párate y piensa! Hago la operación

Y Reviso!!

Anexo 2.13. Características esenciales de un profesor para trabajar con alumnos con TDAH.

<p>CARACTERÍSTIQUES ESSENCIALS DEL PROFESSOR PER TREBALLAR AMB ALUMNES AMB TDAH</p>
--

- Paciente
- Con capacidad de contención emocional
- Flexible
- Humilde
- Buen comunicador
- Con capacidad de organización y estructura
- Integrador
- Creativo
- Con sentido del humor
- Cooperador
- Con Deseo de trabajo en equipo
- Apoyado por la dirección del centro
- Respetuoso por la privacidad y confidencialidad del alumno
- Potenciador de los aspectos positivos de cada alumno
- Que Confía en el alumno



FECHA	SITUACIÓN	QUÉ PIENSO	QUÉ SIENTO	QUÉ HAGO	QUÉ PASA DESPUÉS
10-05-2006	Describe las circunstancias que rodean la acción: volvemos del patio, todos los demás están sentados preparados para empezar la clase... Él sigue jugando, deambula alrededor de las mesas haciendo bromas a los compañeros, tirando el material al suelo...	Escribe lo que te has ido diciendo a ti mismo mientras sucede la acción: “pero éste que se ha creído, qué puede conmigo?, no sé imponerme, siempre me toma el pelo, no sé hacerlo, soy una inútil	Trata de “poner nombre” a lo que sientes: enfado, pena, decepción, tristeza, desilusión...: “primero impotencia y conforme va pasando el tiempo y sigo pensando... rabia!	Describe lo que haces: “le cojo de la bata con fuerza y le digo: como no dejes de jugar ya... no sé lo que te hago!!!!!!	Describe lo que sucede a continuación: me grita: te he dicho que nooooooooo!!!!!!



STOP!

TIPUS DE COMUNICACIÓ

Comunicació Passiva:

- Les necessitats i desigs dels nens estan per davant de les dels educadors
- Els educadors tenen dificultats per aplicar ordres i poden ésser manipulats pel nen
- L'objectiu de l'educador es mantenir un ambient tranquil i sense conflictes
- Els educadors tenen por de comunicar-se amb els seus alumnes de forma agressiva per por a perdre el seu afecte
- Per evitar un conflicte tendeixen a minimitzar la conducta inapropiada del nen

Estrategias para mejorar la comunicación

TIPUS DE COMUNICACIÓ

Comunicació assertiva:

- **Els educadors defensen els seus criteris i idees de forma clara i directa però respectant i mostrant interès pels desigs del nens**
- Els objectius principals són guiar al nen i permetre'l prendre decisions, que el nen pensi de forma independent i actuï dintre d'uns límits i unes regles, clarament definides, aplicades fermament però amb comprensió
- El nen es pot expressar i rep explicacions en les diverses situacions

TIPUS DE COMUNICACIÓ

Comunicació agressiva:

- Les necessitats dels educadors estan per davant de les dels nens
- Les normes s'apliquen utilitzant càstigs, amenaces, i altres mètodes agressius de control
- L'objectiu principal d'aquesta comunicació és dominar mitjançant el poder; "guanyar" és una necessitat important fet que situa al nen com a perdedor
- No hi ha respecte pels sentiments dels nens fet que comporta una baixa autoestima en el nen
- Aquest estil educatiu és contraproduent ja que pot generar que el nen es torni agressiu i rebel.

COMUNICACIÓ

- COMUNICAR → SABER ESCOLTAR
SABER EXPRESSAR

NO

- preguntar
- aconsellar
- criticar
- sermonejar
- ridiculitzar
- moralitzar



Dinàmica: role-playing

- Entre todos eligen una situació problemàtica, de desafiament i agressivitat del alumne hacia el professor.
- El grupo se divide en tres subgrupos, cada uno prepara y representa una forma de afrontar la situació: pasiva, agresiva y asertiva.

ESCOLTAR REFLEXIVAMENT

- NO JUTJAR
- SER SENSIBLE ALS SENTIMENTS:
 - en el que ens diu

i

- en el que no ens diu



CARACTERÍSTIQUES DE LES ORDRES ASSERTIVES

- Digui el que sent i senti allò que diu
- Doni les ordres de forma cortès però amb fermesa
- Miri al nen als ulls abans d'emetre l'ordre
- Faci complir la seva ordre amb una supervisió immediata
- No demani al nen que compleixi l'ordre. Recordi al nen que l'ordre s'ha de complir
- Mantenir-se ferm en qualsevol situació



MISSATGES-JO

- Per expressar sentiments negatius sense ferir a l'altre.
- Per substituir l'acusació.
- Procediment:
 - “jo em sento...”
 - “quan tu fas...”
 - “per que...”

EXPRESSIÓ DE SENTIMENTS

- Per abordar els sentiments negatius cal expressar-los honestament
- Cal fer-ho utilitzant missatges en primera persona **JO**
- Els missatges en segona persona fan que la persona que els rep es senti acusada, ferida, enfadada. **TU**



Dinàmica: exercici Missatges-jo

Entre tots hem de passar a missatges-jo

- “estic fart de que no recullis les teves coses”
- “em tens cansada de repetir-te les coses”
- “ets un desobedient”
- “no has acabat tots els teus exercicis”
- “deixa de trencar coses, ets un inútil”
- “mai faràs els deures?”
- “per què no has arxivat els teus treballs?”
- “Deixa d'enredar a en Joan”

NO ÉS ESCOLTAR

- QUAN INTERRUPTIM PER:
 - MORALITZAR
 - JUTJAR
 - SERMONEJAR
 - CRITICAR
 - CORREGIR

ESCOLTA-ACTIVA

- Ampatitzar (comprenem el que ens diu)
- Dedicar temps individual
- Senyals d'assentiment (gestuals o verbals)
- Proximitat física (60cm)
- Parafrasejar
- Aportar breus resums del que ens diu

TOTS SOM IGUALS?

LA DIVERSITAT EN LES DISCAPACITATS

INICI: AQUESTA ACTIVITAT POT ANAR PRECEDIDA D'UNA PEL·LÍCULA DE VÍDEO, O BE D'UNA PRESENTA D'INFORMACIÓ PER ANAR DELS ALUMNES RESPECTE ELS DISCAPACITATS.



METODOLOGIA I ACTIVITATS

Primera part (25): cada alumne pensarà en un tipus de discapacitat i escriurà sobre el tipus, en què afecta, quines repercussions té per a la persona i per als qui estan al seu voltant, i quins trets personals positius aporten els discapacitats.

QUADRE PER ANOTACIONS: D'afect el d'atenció amb l'horari
 és un afect que afecta al desenvolupament de
 l'atenció, el qual és un tipus d'afect que pot ser més o menys
 fort, però sempre amb una intensitat. Així, per que
 la persona entengui més, no és el del seu ús
 tant, és positiu de molt humil,
 28

La persona que sempre aquest deficiència necessito
per que la compregui i que tingui posada.
També solen ser intel·ligents i creatius;
així transparen als altres.

Anexo 2.16. Guía para entrevistas difíciles

Un padre, o una madre, **JAMAS** se muestran indiferentes a lo que se les diga sobre su hijo o hija.

- Si es **positivo**, les confirma que lo han hecho bien como madre o como padre.
- Pero si es **negativo** lo más lógico es que se sientan molestos, heridos, decepcionados.... Los **MECANISMOS DE DEFENSA** se ponen en marcha. Es un intento de amortiguar la ansiedad y, así, calmar su frustración y su tensión emocional.

Un tutor/a ha de **familiarizarse con estos mecanismos defensivos, reconociéndolos y comprendiéndolos.**

Se pueden resumir en cuatro: *Agresividad, Culpabilidad, Huida y Negación.*

Comprenderlos ayudará a adoptar las actitudes más adecuadas **para mantener una comunicación de calidad y no romper la relación**, evitando, a la vez, que ésta asfixie la comunicación.

Todas estas clasificaciones son impuras. Las figuras paterno-maternas aquí presentadas quizá resulten caricaturescas por esquemáticas. Lo que sí es posible es que las múltiples combinaciones que encierran las cuatro se acerquen más y mejor a las imágenes reales de los padres y madres que acuden a entrevistarse con profesores o tutores cuando hay problemas de por medio.

Tampoco las soluciones aquí esbozadas son las únicas. Puede haber tantas y tan diversas como tantos y tan diversos son los padres y los problemas que en la escuela pueden tener sus hijos.

De lo que se trata es de poner en movimiento la reflexión personal a la búsqueda de las soluciones más adecuadas en esas entrevistas no fáciles, complicadas, que, con frecuencia, desorientan o pueden dejar inerte al educador ante ellas. Y recordar siempre que, pase lo que pase, **lo importante es no romper nunca la relación con el padre o la madre** entrevistados. El pagano sería el hijo, la hija, el alumno, la alumna.

AGRESIVIDAD

Reacción interna del padre/madre ante la información: sentimientos de miedo, amenaza, impotencia, pasa al ataque intentando amedrentar al tutor y que le deje en paz. Le devuelve la responsabilidad sobre lo que pasa en la escuela.

Expresiones verbales (reales):

- *¿Desde cuándo se dedica usted a la enseñanza?*
- *Parece que usted no tiene hijos.*
- *No ha sabido ganárselo/a.*

QUE HACER?

- Permanecer tranquilo y hacerle llegar que se comprende su decepción, su frustración....
- Darle tiempo para reaccionar y precisar sus sentimientos.
- Cuando se llega a una percepción común de la situación, proponerle un acuerdo del tipo...: *“Comprendo lo desagradable que es para usted la situación, sin embargo pienso que podemos ponernos de acuerdo sobre los medios más útiles para ayudar a su hijo/a.*

QUE NO HACER?

- Empezar a defenderse o a justificarse.
- Devolverle el ataque. Algo así como...: *“Mire usted, señora. Su hijo me ha dicho que nunca tiene usted diez minutos para hablar con él, que...”*

CULPABILIDAD

Reacción interna del padre/madre: sentimiento de incapacidad para soportar la responsabilidad y cambiar. Se siente culpable, como si hubiese cometido alguna falta. Impotencia y desánimo. Transfiere al otro la responsabilidad para cambiar la situación.

Expresiones verbales (reales):

- *Reconozco que lo he protegido demasiado.*
- *No hubiera debido separarme...*
- *Es verdad. He perdido los papeles y ahora hace de mí lo que le da la gana.*

QUE HACER?

- Olvidar el pasado y partir del presente: *“Todos tenemos que jugar un papel en esta situación”,*
- Subrayar la importancia del papel del padre, o de la madre en el cambio que se pretende: *“Su hijo lo/la necesita”*
- Acordar el cambio deseado, los medios que se van a utilizar y el papel de cada uno, asegurando al padre/madre que no estarán solos: *“Y ahora vamos a trabajar juntos”.*

QUE NO HACER?

- Culpabilizar todavía más al padre o a la madre: *“Es verdad que lo ha sobreprotegido...”*

- Liberarle de su responsabilidad a la hora de aplicar una solución: *“déjelo de mi cuenta...”*.

HUIDA

Reacción interna del padre/madre: sentimiento de amenaza ante un peligro al que es incapaz de hacer frente. Prefiere evitar la situación antes que sentirse minusvalorado. Al huir, reconoce que hay un problema pero no sabe qué puede hacer.

Expresiones verbales y no verbales:

- *No acude a la entrevista.*
- *Presenta mil y una excusas para no actuar:* “por mi profesión apenas tengo tiempo...”
- *Expresa su impotencia e incapacidad:* “¿Qué quiere usted que haga?”
- *Alardea de indiferencia y falta de interés en todo lo referente a la escuela.*

QUE HACER?

- Intentar que se valore un poco más positivamente. Apelar a sus capacidades para implicarle en la escuela.
- Si no quieren aparecer por la escuela, ofrecerles la posibilidad de entrevistarse fuera, telefónicamente...

QUE NO HACER?

- Culparle de los problemas de su hija/o.
- Pedirle, una y otra vez, cosas que, o no quieren hacer o no pueden hacer.

NEGACIÓN

Reacción interna del padre/madre: se siente amenazado como persona y como padre. Intenta mantener una buena imagen de sí mismo alterando la realidad de los hechos, quitándoles importancia o, incluso, negándolos.

Expresiones verbales:

- *Nadie me había dicho eso hasta ahora.*
- *Mire usted, eso jamás lo ha hecho en casa....*
- *El/ella no es en absoluto como usted dice...*
- *Pues el curso pasado, según su tutor, todo iba estupendamente...*

QUE HACER?

- Interesarse por lo que el padre/madre le cuenta: *“¿Y cómo es en casa?”*
- Aceptar lo que le dice, proponiéndole actuar conjuntamente para solucionar el problema que tiene el chico/a en la escuela: *“¿Qué sugiere para que se porte en la escuela como en casa?”*

QUE NO HACER?

- Obstinar y querer convencer a cualquier precio.
- Defenderse.
- Poner en duda de lo que el padre o la madre dicen.

Anexo 3.1. Organización del tiempo en casa y auto-observación con refuerzo

¿Cómo puedo organizar el tiempo de deberes en casa?

1. SIEMPRE estudiaré en un **lugar fijo** de la casa alejado de ruidos, música, ordenador, tv...
2. NUNCA estudiaré **tendido en la cama**, recostado o tumbado en el sofá...
3. ANTES de empezar a estudiar **despejaré la mesa** de materiales que me estorben y no necesite.
4. ANTES de sentarme **reuniré todo el material** que necesite encima de la mesa, para evitar así interrupciones (agenda, libros, libretas, estuche, reloj)
5. El horario de estudio deberá ser en la medida de lo posible fijo, para así acostumbrarme por rutina a seguirlo: media hora después de llegar a casa me prepararé para comenzar. Excepcionalmente podré variarlo.
6. ABRIRÉ la **agenda del colegio** en la que habré apuntado los deberes del día/semana para poder planificarme.
7. HARÉ UN PLAN: tiempo que dedicaré a deberes y tiempo de descanso.
COMENZARÉ por algo que me cueste un poco. PONDRÉ UN RELOJ EN LA MESA QUE ME AVISARÁ CUANDO PASEN... MINUTOS.
8. DESCANSARÉ 20 MINUTOS (que también cronometraré) SALDRÉ DE LA HABITACIÓN PARA DISTRAERME.
9. Volveré a la habitación y continuaré por dónde me quedé o empezaré otra asignatura, siguiendo el plan.

OBSERVO CÓMO TRABAJO EN CASA...

FECHA:

1. He hecho los deberes en _____

2. ANTES de empezar a estudiar he despejado la mesa ☺



3. ANTES de sentarme tenía todo el material necesario ☺



4. Miré la agenda para revisar los deberes y planearme la tarde ☺



5. Mi plan fue éste:

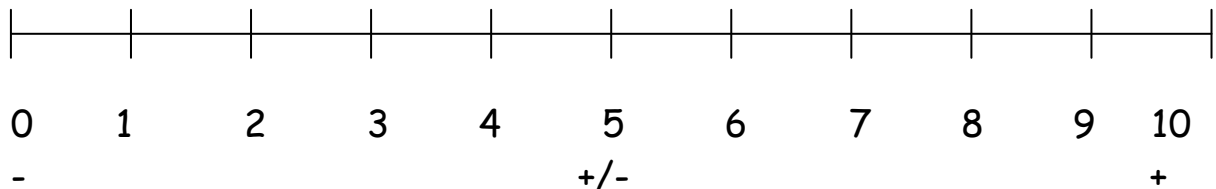
1º de:..... a:..... _____

2º de:..... a:..... DESCANSO

3º de:..... a:..... _____

4º de:..... a:..... DESCANSO

6. Esta tarde YO valoro mi autonomía (trabajo solo, sin que mi madre me obligue) de 0 a 10...



Esta tarde MIS PADRES valora mi autonomía de 0 a 10...



Fdo. YO

Fdo. Padres

Fdo. Tutor/a



FECHA	SITUACIÓN	QUÉ PIENSO	QUÉ SIENTO	QUÉ HAGO	QUÉ PASA DESPUÉS
	<i>Describe las circunstancias que rodean la acción: es hora de ducharse. Le aviso una vez... no me mira ni reacciona... Le insisto y él sigue sin reaccionar...</i>	<i>Escribe lo que te has ido diciendo a ti mismo mientras sucede la acción: “pero éste que se ha creído, que puede tomarme el pelo? no sé imponerme, siempre hace lo que quiere, soy inútil</i>	<i>Trata de “poner nombre” a lo que sientes: enfado, pena, decepción, tristeza, desilusión...: “primero impotencia y conforme va pasando el tiempo y sigo pensando... rabia!</i>	<i>Describe lo que haces: “le cojo de la camisa con fuerza y le digo: como no dejes de jugar ya... no sé lo que te hago!!!!!!</i>	<i>Describe lo que sucede a continuación: me grita: te he dicho que nooooooooo!!!!!!</i>


STOP!

Anexo 3.3. Tiempo especial (adaptado de Barkley, 1998)

Tiempo especial con su hijo



Dedicar una parte del día al “tiempo especial”, de 15 a 20 minutos exclusivamente dedicados a un tiempo de juego relajante con su hijo, tiene un objetivo doble: aprender a prestar atención hacia lo positivo (el buen comportamiento de su hijo, éxitos, talentos y otros rasgos positivos) y recuperar su confianza y seguridad. El camino hacia ambos, es construir un escenario que permita no dar órdenes, instrucciones, o hacer preguntas de prueba por su parte. Tan radical como pueda sonar, le estoy diciendo que permita que su hijo tome el mando. Sólo es un espacio de tiempo para jugar, así que no debería ser demasiado duro permitirle tomar sus propias decisiones y cometer sus propios errores. Ésta es la parte más dura: no debe permitir que una palabra negativa salga de su boca, no importa lo que esté ocurriendo dentro de su cabeza. Siga este plan:

1. Busque un momento durante el día cuando su hijo o hija esté jugando en algo que usted sepa que disfruta, un rato cuando sepa que dispone de 20 minutos libres y que no hay nada urgente o estresante que hacer más tarde. Sin ninguna fanfarria, únase al chico, aunque esto signifique mantenerse fuera del juego, empiece sólo a mirar. Dedique un par de minutos a observar atentamente y tomar notas mentales ¿Qué está haciendo el niño? ¿Cuánto tiempo ha estado en ello? ¿Es un juego que continúa, un proyecto que abandonó unos días antes o una actividad espontánea nueva? ¿Existe un objetivo, o tan solo con ánimo de divertirse? ¿Está el niño eufórico o intensamente absorto? ¿Planea o improvisa? Estará tentado de preguntar al niño que le explique lo que está haciendo, pero resista el instinto de hacer cualquier pregunta. Interrumpir el juego del niño incluso con una simple duda, puede llevar a la usual fase de un escenario con “mamá o papá en acción”.
2. Ahora empiece a comentar lo que su hijo está haciendo. Haga comentarios simples y positivos. No actúe con efusividad, forzado o

falsamente. Expresar sólo un interés honesto en lo que su hijo está haciendo, emitiendo sus comentarios con genuinos elogios cuando se sienta inclinado a hacerlo.

3. Después de 15 ó 20 minutos cuénteles a su hijo cuánto ha disfrutado jugando con él y diga que le gustaría establecer un “tiempo especial” para hacer lo mismo cada día.

Es necesario programar los “tiempos especiales”, preferiblemente al menos durante cinco días después de la primera semana. Los tiempos especiales han de ser un pilar de su relación hasta la adolescencia, pensando que se puede reducir la frecuencia a tres o cuatro días a la semana a medida que el tiempo pasa. No se sorprenda si ambos, usted y su hijo disfrutan tanto de estas sesiones que quieren tenerlas con más frecuencia, no con menos.

Durante la primera semana, mantenga un sencillo diario de sus experiencias y observaciones durante los tiempos especiales: qué hicieron juntos, cómo parecía que iba y qué cambios ha visto en su relación, tanto durante los tiempos especiales como durante el resto del día.

¿Cuándo es el mejor momento para el tiempo especial?

Es práctico establecer un horario regular. Asegúrese de que es un momento adecuado para ambos, un espacio en el que realmente esté relajado y sea capaz de focalizar toda su atención en su hijo. Si está preocupado por otras cuestiones, tales como volver a empezar o volver al trabajo o a las tareas de la casa, su atención estará dividida y sus efectos se diluirán.

Para niños mayores de 9 años, debe ser un poco más flexible. Una vez que llegan a cuarto curso, más o menos, los horarios de los niños empiezan a llenarse y tendrá que aprovechar las situaciones que encuentre. Cuando vea que su hijo está jugando solo felizmente y usted esté relajado, simplemente pare de hacer lo que hacía y empiece un improvisado tiempo especial.

Haga lo posible para encontrar un momento durante el cual los hermanos no estén alrededor para competir por su atención. Si esto no es posible, quizá papá u otra persona puede ocuparse de los niños mientras la mamá tiene un tiempo especial con uno de sus hijos.

¿Cuál es el mejor tipo de juego?

El mejor tipo de juego, no el único tipo que es apropiado para el tiempo especial, es cualquier cosa que el niño escoja. Para los niños de menos de nueve años, cuando el tiempo programado se acerca, simplemente acérquese a su hijo y díglele (con sus propias palabras): “Ahora es nuestro tiempo especial para jugar (o estar) juntos. ¿Qué te gustaría hacer?”

Si puede hacer esto de cualquier manera sin ser mandón, siga adelante y únase, especialmente si su hijo le invita a hacerlo. Pero quédese todavía en un segundo plano y permita que el niño conduzca la actividad. Por otra parte, esté contento de ser una compañía amigable y un espectador interesado, incluso fascinado.

Los niños que son un tanto desafiantes, están tan acostumbrados a que se les mantenga bajo estrictas riendas, que algunos tratarán de conseguir ventajas de esta recién descubierta libertad de escoger. Un niño listo de 6 años sugirió que él y su madre colorearan las paredes. Esto, claro, era escandaloso. Pero la madre fue más lista y cubrió la pared con papel de embalar, procediendo después a pintar el papel con su hijo. Incluso dejaron el mural colgado durante unos días para mostrarlo.

Dejar que su hijo escoja no significa, no obstante, llegar al tiempo especial sin estar mentalmente preparado. Probablemente encontrará más fácil evitar órdenes y preguntas en unas actividades que en otras, y sabrá en cuáles hay más probabilidad de que usted intente controlar. Por ejemplo, si el niño debe mejorar su escritura o su forma de pintar, hay que evitar que si no se va a ser capaz de no corregir, durante el tiempo espacial no se realicen este tipo de actividades. Lo que queramos enseñarles puede esperar a otro momento.

No perdamos de vista cuál es el objetivo del tiempo especial, compartir un tiempo agradable, donde toda la atención se dirija al niño y a lo que hace bien, no es momento de normas. Si su hijo ha escogido un juego competitivo, permita que invente nuevas normas sin recriminaciones. Aprender cómo jugar a un juego correctamente no es lo prioritario en estos momentos. Esto implica que los juegos cooperativos se prestan a lecciones de atención mejor que los competitivos.

Como advertencia final, la única actividad que se debería evitar para el tiempo espacial es mirar la televisión. No hay mucho que decir pero la televisión

y una “narración” de un programa de TV puede molestar incluso al menos quisquilloso de los niños. Muchos niños, instintivamente, escogen la TV, claro. Usted debe animar al chico a coger algo más o a, simplemente, reprogramar el tiempo especial para un momento en el que el programa favorito del niño no se emita. No obstante, si al niño le apetece, podría explicarle la trama de su serie de dibujos preferida, aunque lo normal es que no quiera hablar mientras la ve, y entonces el amplio beneficio de la atención se perdería.

¿Cuál es el mejor tipo de diálogo?

Regla 1. No dar órdenes, no hacer correcciones.

No le preocupe qué decir, no instruya al chico en qué hacer o intente cambiar la manera en que él juega. Esto sólo será interpretado como un intento de tomar el control y el niño puede resistirse. Pero si usted narra de forma no crítica, su hijo creerá que está interesado en lo que él está haciendo. Por extensión, su hijo va a mantener la confianza en su interés por él como persona todo el tiempo, no importando dónde se encuentre. El resultado final es un aumento de la autoestima y la autoconfianza.

Una excelente razón para hacer esta narración, ya sabe, es que mantiene sus cuerdas vocales ocupadas, haciéndole más difícil interrumpir el juego del niño con órdenes o preguntas intrusivas. Un ejemplo, un niño de 11 años escogió un día cocinar como la actividad para su tiempo especial. Su madre estaba de acuerdo, hasta que tuvo que mirar manteniendo un silencio horrorizado mientras su hijo cogía un huevo de la nevera y lo ponía en el microondas. Obviamente el huevo explotó y naturalmente, la madre del niño admitió que ella habría empezado a gritarle. Pero debido a que estaba trabajando con fuerza el “no dar órdenes, no hacer correcciones”, simplemente dijo con calma: “mira lo que le ha pasado al huevo. Ya sabes, pienso que realmente hemos aprendido algo con esto sobre calentar cosas en el microondas, los líquidos dentro de contenedores sólidos parecen explotar cuando se calientan. ¡Muy interesante!. En lugar de ponerse a la defensiva y negar su responsabilidad por el desorden el niño asombró a su madre limpiándolo todo él mismo.

Regla 2. No hacer preguntas intrusivas

Los niños reconocen las preguntas “de prueba” con solo oírlas. Estas preguntas tienen el significado de evaluar el desarrollo o conocimiento del niño, y los niños lo saben. Lo más adecuado cuando se observa lo que está realizando el niño en el tiempo especial es *describir* lo que vemos, de forma que no se le pregunta no se le hacen correcciones ni se le dan órdenes.

Regla 3. Elogiar de forma selectiva

Los elogios, cuando los dé, han de ser bastante específicos. Aunque está bien decir ¡bien hecho!, ¡uau!, si son más específicos, tienen un mayor beneficio para su autoconcepto, muestran un mayor interés por su parte pues describen de forma más clara aquello que hacen bien: dibujas especialmente bien a las personas, eres muy detallista, pues les pones cada una de las partes, además como no aprietas mucho con el lápiz, cuando borras apenas se nota que lo hiciste...

Pequeños problemas y Obstáculos

- *¿Debería estar de acuerdo en ampliar el tiempo especial?, ¿Existe un máximo de tiempo?* Generalmente no se debe ampliar más allá de 20 minutos, de forma regular. Es demasiado fácil acabar en el punto en el que las cosas están al límite de empezar a deshacerse. Desde luego, si realmente desean disfrutar el uno del otro de vez en cuando, no hay perjuicio en mantener las cosas un rato más.
- *¿No esperará este tipo de reacción cada vez que hace la más mínima cosa que espero que haga?* No hay que estar preocupado por ello. Pero realmente, ¿es tan poco razonable que su hija espere reconocimiento y refuerzo por los esfuerzos que hace? Esto es sólo lo que todos esperamos, de nuestros jefes, de nuestros cónyuges, de las organizaciones a las que contribuimos voluntariamente... Esto es lo que su hijo quiere y no es mucho pedir.
- *Siempre estoy demasiado ocupado para este tipo de pérdida de tiempo. ¿No hay otra alternativa?* Aunque entiendo que muchos de nosotros vivimos o sentimos estrés, sí tengo que señalar que asignar poco tiempo o importancia a la crianza de los niños es sintomático en muchas familias con hijos con problemas de comportamiento.

- *¿Cómo puedo pasar un rato con mi hija si ella no quiere jugar conmigo?*
Empiece el tiempo de juego especial lentamente al principio, dando a su hija sólo un minuto o dos de atención positiva. Acérquese cuando esté haciendo algo que le guste, haga algunas observaciones positivas acerca de lo que está haciendo y después márchese. Gradualmente va a ser capaz de quedarse cada vez más rato, haciendo algunas observaciones y reacciones positivas de forma que su hija se acostumbrará a este tipo de atención. Si esto falla, tómese algún tiempo para tener una conversación franca con la niña, diciéndole que es consciente de que las cosas han sido muy difíciles y negativas entre los dos durante algún tiempo. Y realmente quiere intentar mejorar la relación.
- *En medio del tiempo especial empezó a probarme como hace siempre, imitándome, atacándome físicamente... yo pasé momentos muy difíciles controlándolo todo. ¿Qué debería haber hecho?* Cuando un niño empieza a portarse mal durante el tiempo especial, simplemente gírese y mire hacia otro lugar durante un minuto. A menudo la pérdida inmediata de su atención positiva se verá con remordimientos, y su hijo reformará sus actos. Si lo hace, es una señal de que se están obteniendo resultados por atender a la conducta positiva e ignorar la negativa. No espere ver este efecto de inmediato. Al principio su hijo probará todas sus estratagemas y necesitará persistir en responder con nuevos trucos propios. Si el mal comportamiento no disminuyera aún ignorándole, la mejor respuesta es simplemente decir que el tiempo especial ha acabado y que podrá empezar de nuevo cuando el niño se porte mejor. Entonces levántese y salga de la habitación para evitar dudas.
- *¿Puedo utilizar el tiempo especial como recompensa a su buena conducta?* ¡NO! La finalidad del tiempo especial es la práctica de la supervisión parental, favoreciendo una relación paterno filial positiva, afectiva, de respeto... no es una recompensa por las cosas que su hijo ha hecho durante el día. Por ello, tampoco debería eliminar el tiempo especial sólo porque su hijo se haya portado mal durante el día. No juguemos con castigar con “no querer”, con el cariño no se juega.

Anexo 3.4. Técnicas para favorecer un cambio positivo en los hijos

Técnicas para favorecer un cambio positivo en los hijos

Mirar donde otros ya miraron y ver lo que otros no vieron: la Observación y la Atención positiva

Probablemente, uno de los errores más frecuentes en los que incurrimos los padres cuando queremos cambiar el comportamiento de nuestros hijos, es no decirles nada en el momento en que actúan de la forma en que deseamos y en cambio, prestarles toda nuestra atención en el momento que detectamos un comportamiento inadecuado.

¿Por qué es un error?

Porque **la mayor parte de los comportamientos que realizan nuestros hijos tienen un objetivo único: obtener la atención de la gente que les rodea, buscar la gratificación o evitar problemas.** Por tanto, si no consiguen nuestra atención cuando actúan correctamente, lo harán de otras maneras...

Tenemos que acostumbrarnos a alabar y valorar su conducta de manera positiva cuando sus comportamientos son correctos. Podemos decir, por ejemplo:

“Me gusta cómo has recogido los juguetes de tu habitación”, o “Te felicito por haber recogido hoy la mesa sin pedírtelo”, o “estamos muy orgullosos de ti por habernos enseñado este examen... pues sabemos que te has esforzado, aunque la nota no es la que esperábamos...”, o “escribes los deberes en la agenda cuidando la letra...”

Tenemos que adoptar el hábito de ser padres “vigilantes” para intentar sorprender a nuestro hijo o hija en aquellos momentos “buenos” (*aunque sean muy pocos*). Al menos, mientras dure la conducta que queremos hacer desaparecer.

Es un error reservar toda nuestra atención y energía a nuestros hijos para aquellas ocasiones en que no hacen las cosas como nosotros queremos. Así, sólo conseguimos que la conducta negativa no desaparezca. En cambio, **si sólo ofrecemos atención cuando se porta correctamente irá disminuyendo la probabilidad de que busque atención con comportamientos incorrectos.**

Orientaciones Prácticas para Aumentar su Autoestima:

- ❑ *Tome tiempo para divertirse junto a su hijo.* Pase cierto rato al día con cada uno de sus hijos, haciendo lo que a ambos les guste. Es importante que al principio se planifique conjuntamente cuándo y cómo se pasará este rato, así, cada hijo sabrá que tiene un *momento especial* para pasarlo con sus padres. Adicionalmente a estos ratos con cada uno de sus hijos, la familia deberá divertirse en conjunto como familia, por lo menos una vez a la semana.
- ❑ *Para sentirse seguro, cada niño debe tener por lo menos una persona significativa para él, a quien querer y que le quiera.* Es extremadamente importante decirles a sus hijos que usted les quiere, especialmente cuando ellos no esperan ese comentario, así como hacerles manifestaciones no verbales, tales como caricias, cariños, besos, unas palmaditas en la espalda, abrazos, pasarle la mano por la cabeza, guiñarles un ojo, etc.

“Los errores son necesarios para aprender: Los jugadores de ajedrez estudian las partidas que pierden, no las que ganan...”

- ❑ *En lugar de enfocar los errores de los niños, señale todo aquello que ellos hacen bien, y que a usted le produce satisfacción y agrado. Esto requerirá que usted cambie hacia un estilo que enfatice lo positivo.*
- ❑ Los errores no son defectos, pueden ser considerados como ayudas para aprender. *Cuando su hijo realiza inadecuadamente una tarea, es importante no censurarle. Estimule cualquier intento positivo, no importa lo pequeño que sea. Enfatice los progresos, y sobre todo, no le demuestre lástima, ni ceda. A nivel académico, no destacar la puntuación numérica obtenida (“has sacado un 10”) sino el esfuerzo demostrado y la mejora respecto al examen anterior. Los hijos deben oír la palabra esfuerzo y mejora respecto a uno mismo, de esta forma a cada hijo se le valora en función de sí mismo, de sus resultados y no en comparación o competencia con nadie.*
- ❑ *Reduzca las críticas negativas. Hable con su hijo cuando reine una atmósfera familiar amigable.*

¡STOP! A veces contenerse es la mejor respuesta

El “truco” más importante es casi una regla matemática. Es tan sencilla como difícil de seguir. Pero lo que está claro es que es lo más eficaz para aquellos comportamientos del niño que están encaminados a atraer la atención negativa del adulto (lloriqueos, pataletas, berrinches,...): **ES IGNORAR**. Si ignoramos por completo la conducta inadecuada acaba por desaparecer.

- ❑ Ante una rabieta, reñir al niño, hablarle, intentar convencerle, hacerle mala cara, pegarle, enfadarnos, “soltarle” discursos morales, incluso mirarle, sólo sirve para que su comportamiento se vea gratificado, porque está recibiendo atención de alguna manera.

PERO LO ATENDEREMOS CON AGRADO CUANDO PIDA LAS COSAS DE FORMA CORRECTA.

- Si nuestro hijo, que ya hablaba con un lenguaje adecuado a su edad vuelve a utilizar un lenguaje infantil, lo hace para llamarnos la atención. Nuestra respuesta será no prestarle ninguna atención, contenernos o hacer como que no le entendemos cuando nos hable así, PERO ESTAREMOS MUY PENDIENTES DE ATENDERLE CUANDO HABLE ADECUADAMENTE

Lo importante para terminar con los comportamientos inadecuados es que el niño no obtenga ninguna recompensa ni atención de ningún tipo. INCLUSO LOS RAZONAMIENTOS, REGAÑINAS O ADVERTENCIAS AYUDAN A MANTENER EL COMPORTAMIENTO INCORRECTO PORQUE, IMPLICAN ATENCIÓN.

Si queremos ser efectivos debemos ser consecuentes y obrar igual cada vez que tenga lugar dicho comportamiento. Si caemos en la trampa de la provocación, perdemos los nervios, o intentamos razonarle en ese momento, el comportamiento negativo se mantendrá.

UNA ADVERTENCIA: la conducta negativa que queremos eliminar de nuestros hijos puede empeorar, porque, ante la sorpresa de que sus padres no le hagan caso, intentará aumentar la intensidad de dicha conducta, esperando conseguir de esta manera la atención a la que estaba acostumbrado. Si nuestro hijo está acostumbrado a pedirnos las cosas en forma de llanto, necesitará un tiempo para reaprender que sólo le prestaremos atención cuando pida las cosas sin lloriqueos.

Si nos vemos incapaces de contenernos, de retirarle toda nuestra atención, es necesario aplicar el llamado “TIEMPO FUERA” que da la

oportunidad al niño de que se tranquilice y a nosotros para respirar y mantener el autocontrol necesario para manejar la situación de manera adecuada.

Existen otras conductas inadecuadas que NO PODEMOS IGNORAR, pues el niño las realiza no tanto para llamar nuestra atención, sino para todo lo contrario, para librarse de ciertas obligaciones o rutinas. En estos casos, es decir, cuando detectemos que nuestro hijo/a se escabulle de sus tareas (hacer los deberes, estudiar, recoger su cuarto...) lo más efectivo, después de recordarle la norma una vez, es aplicar la llamada “**LEY DE LA ABUELA**”: “cuando hagas... entonces podrás...” o bien retirarle algo que le guste hasta que rectifique: “esta semana no irás al campo de fútbol a ver a tu equipo favorito por no haber estudiado suficiente, puesto que sabemos que puedes esforzarte más” (COSTO DE RESPUESTA).

Orientaciones prácticas para mejorar su autoconcepto:

- ❑ *Debe creer en su hijo si quiere que él crea en sí mismo.* Su hijo necesita ser estimulado para sentirse bien. La estimulación implica esencialmente minimizar la importancia de los errores del niño, mientras se reconocen sus potencialidades, sus virtudes y sus esfuerzos. Nadie puede superarse a menos que se sienta lo suficientemente fuerte para lograr esa mejoría.
- ❑ *Si su hijo muestra insuficiencia, no es un incapaz, más bien es un ser que no cree en sus propias habilidades.* La lástima le dice al niño que usted le cree incapaz. Cuando un niño muestra insuficiencia o incapacidad, generalmente lo hace para justificarse, o para obtener un trato especial. Controlar, dominar, sobreproteger y sentir lástima, todas estas actuaciones violan el respeto que debemos al niño.
- ❑ *Haga saber a su hijo que su contribución es valiosa y que usted la aprecia.* Hágale saber que usted aprecia su interés por cooperar.

- ❑ *Estimule la capacidad de su hijo para tomar decisiones. Deje que experimente las consecuencias de sus decisiones, tanto las positivas como las negativas (con cuidado). Demuestre confianza en él.*
- ❑ *Al niño hay que reconocerle y apreciar sus esfuerzos por actuar con madurez.*
- ❑ *Cuando usted protege a su hijo para que no sufra las consecuencias de su comportamiento, está quitándoles la oportunidad de aprender.*

Para desarrollar la confianza en sí mismo de su hijo y su independencia, debe presentarle a su hijo alternativas y dejar que sea él mismo el que experimente las consecuencias de su decisiones (hay que tener previstas siempre varias opciones, a veces falsas opciones, pero que el niño sienta que está decidiendo y que se confía en él para tomar una decisión).

- ❑ *Evite la tentación de intervenir cuando su hijo trata de encontrar la solución a un problema. La interferencia lleva implícita una crítica oculta: “No eres capaz de hacerlo correctamente” Si el niño le pide ayuda, haga comentarios en forma de sugerencias: ¿Qué crees que pasaría si...? ¿Has intentado...? Creo que te ayudaría eso si...*

Si su hijo le pide ayuda para llamar la atención o para liberarse de pensar o de trabajar por sí mismo, dígame que *tiene confianza en él y en sus posibilidades*. “Tú fuiste capaz de hacer...antes, así que puedes hacer esto ahora”.

- ❑ *Para sentirse seguros los niños deben considerarse útiles y saber que sus colaboraciones se toman en cuenta. Ayude a sus hijos a sentirse útiles reconociendo sus habilidades y sugiriéndoles la forma en que pueden emplearlas para contribuir al bienestar de la familia.*
- ❑ *Cuando los padres son muy exigentes, algunos niños llegan a la conclusión de que son buenos sólo si alcanzan la perfección. La estimulación implica expectativas razonables (paso a paso) y que aceptemos las faltas y los esfuerzos del niño tanto como sus éxitos.*

Anexo 3.5. Habilidades de comunicación. Estilos educativos

¿TE RECONOCES EN ALGUNO DE LOS EJEMPLOS?

a) “A mi hijo no le falta de nada”

“Javier; el hijo de la familia Martínez está disgustado, a sus padres no parece entusiasmarles la idea de que vaya de acampada el próximo fin de semana con unos amigos: “mira Javi, me asusta el imaginarte solo por la montaña, conociéndote como te conozco sé podrías caerte por un barranco, meterte en algún lío, enfadarte con tus amigos... y a ver cómo nos avisas para que vayamos a buscarte, lo entiendes ¿verdad?”... Se trata de su madre, siempre tan preocupada por él; su padre por su parte, siempre tan complaciente con ella: “Ya has oído a tu madre, y además un fin de semana por ahí, no podremos ir al fútbol el domingo, mejor podrías llamar a tu primo Alberto y yo os acompaño al cine”.

b) Aquí se hace lo que yo digo”

“En casa de Antonio no se hace otra cosa que no sea lo que él ordene. A él lo educaron así, y por supuesto no está dispuesto a que ninguno de sus hijos se le “suba a caballo” mientras viva bajo su techo. El tiene muy claro lo que realmente le pasa a su hijo: “necesita más mano dura”. Durante el tiempo que pasan juntos está todo el tiempo atento a su comportamiento para poder corregirle. Hasta hace poco su hijo a penas le contestaba, pero últimamente a su hijo Marcos le ha dado por llevarle la contraria, por cuestionar todas sus órdenes, por exigirle ciertas normas ¡a él! Lo que más le preocupa a hora a Antonio es que Marcos continúa saliendo con unos amigos que a juzgar por él le traerán más disgustos que otra cosa. Además le están alejando todavía más de los estudios, ya que varios de ellos ya los dejaron. Por supuesto, Antonio no ha tenido más remedio que castigar a su hijo a no salir el próximo fin de semana y le ha hecho prometer que no volverá a ver a esos “indeseables”.

c) “No tengo que decir a mi hijo lo que tiene que hacer”

Lola y Manuel se consideran una pareja libre de las ataduras que supone el tener dos hijos. A ellos los educaron duramente, se les castigaba sus malos comportamientos y el romper alguna de las normas impuestas por sus padres era motivo de acaloradas discusiones y regañinas con sus padres. Así, Lola y Manuel decidieron que cuando ellos fueran padres dejarían hacer a sus hijos todo lo que ellos quisieran. Además, si tuvieran que estar pendientes del comportamiento de sus hijos continuamente, no pararían de castigarlos, así que han preferido hacer que “no ven” y así se evitan discusiones. De esta forma, sus hijos, Arancha y Carlos, no tienen ninguna norma en casa. Se levantan, desayunan, van al colegio y pueden regresar a casa después de haber pasado un día magnífico. A la hora de comer Arancha, bastantes veces, se queda en el instituto o en casa de alguna amiga sin necesidad de avisar en casa. Carlos al salir del

colegio por las tardes, suele quedarse por la calle jugando hasta la hora de cenar. Sus padres por su parte les han dejado la cena preparada ya que ellos cenaron hace un rato. Los padres han recibido varios comunicados de “falta de disciplina” de Carlos, pero ellos han hecho caso omiso a los mismos. “los profesores sólo saben imponerse mediante amenazas” suelen comentar. Estos padres inventan todo tipo de excusas y explicaciones para justificar los errores que puedan haber cometido sus hijos, pero esto no les ayuda a ser más responsables.

d) “Todos tenemos días malos”

Después de trabajar todo el día Arturo llega a casa con el ánimo de ver a sus hijos y a su mujer, hoy ha sido un día bueno y antes de llegar a casa ha comprado unos dulces. Sus hijos han disfrutado con los dulces y jugando con su padre. Sin embargo, Marta, su mujer, parece algo preocupada, cuando le comenta a su marido qué es lo que sucede, a éste no parece hacerle ninguna gracia. Su hija pequeña ha entrado en la habitación para continuar con el juego con su padre, pero Arturo ya no está para juegos, y echa a su hija de la habitación con un par de gritos, que han estremecido a la cría.

e) ...

La decisión de dejar de estudiar fue de Albert, lo comentó con sus padres y ellos le dijeron que la decisión no les parecía la más acertada, pero de todos modos la aceptaban y harían lo posible por ayudarle a encontrar un trabajo, como así ha sido. Pero Albert no parece estar muy a gusto con el trabajo, le cuesta cumplir con el horario, levantarse por las mañanas nunca ha sido su vocación y esta semana ya ha llegado tarde dos veces.

Albert por miedo a que sus padres le echen en cara su decisión: “Bueno, tú decidiste dejar de estudiar, nosotros ya te lo advertimos. Si nos hicieras caso por una vez en tu vida”, no ha querido comentar nada a sus padres. Luis, su padre, aparte de saber que su hijo está llegando tarde, ha notado que no le ha comentado nada acerca de sus problemas. Él no ha querido caldear más el ambiente entre semana y ha esperado al fin de semana para sentarse a charlar un rato con Albert.

Albert no sabía que cumplir con un trabajo costase tantos esfuerzos, creía que era más fácil y sólo cabría esperar a que llegase fin de mes y cobrar. Ahora después de hablar con su padre, ha comprendido lo duro que puede llegar a ser un trabajo. Su padre para ayudarle le ha propuesto que se despertará un poco antes y se ha comprometido a levantarse con él durante una temporada, hasta coger el nuevo ritmo y así de paso también desayunarán juntos.

Anexo 3.6. Mejoremos la comunicación con los hijos: Estrategias operativas y positivas de comunicación

1. Conecte con su hijo.

Mario comenta en casa el problema que tiene con sus amigos. Ayer en el patio uno propuso quemar una papelería, él se negó a hacerlo y ahora ninguno le habla. Su padre notablemente preocupado y con el ánimo de ayudar a su hijo le señala una serie de puntos para solucionar el problema: “reúne primero a todos tus amigos, luego coméntales por qué no has querido hacerlo y si siguen enfadados podrías dejar de ser amigo de ellos, ya que no te benefician en nada...”

Ante una respuesta como ésta, Mario podría pensar: “Él no se preocupa de cómo me siento, sólo intenta evitarse problemas haciendo que su hijo no se meta en líos” Pero en su opinión, el padre pensó que le estaba dando a su hijo el mejor consejo y que estaba cooperando con él. Sin embargo para Mario sólo estaba controlando la situación para que no se le escapara de las manos, su padre se centraba en la solución del problema, mientras Mario lo que buscaba era comprensión de sus emociones y cariño.

Puede ser contraproducente el abalanzarse a dar soluciones y consejos cuando lo adecuado lo adecuado sería que mostrase que se comprenden sus sentimientos. En el caso que su hijo lo solicite, ofrézcale su consejo. Recuerde que el objetivo es conseguir que su hijo sea una persona autónoma capaz de afrontar y resolver sus propios problemas.

Hay que ser sensible a las señales que su hijo emite, para saber qué espera de usted. No es tarea fácil. Una forma de conectar con su hijo es EMPATIZAR con él. Se trata de ponerse en el lugar del otro.

2. Dé señales de escucha.

Saber escuchar es tan importante como hablar. La escucha es una habilidad que requiere atención y práctica. Normalmente las personas hablamos mejor que escuchamos.

Hay **tres respuestas básicas de escucha**:

-La **clarificación**: es una pregunta que se utiliza detrás de un mensaje ambiguo y que suele comenzar con ¿Quieres decir que...? ¿Estás diciendo que...?, seguido de una parte o de todo el mensaje que acaba de escuchar. Otra manera: “No entiendo qué quieres decir, no sé a qué te refieres...”

-La **paráfrasis**: Es la repetición de parte del mensaje que describe una situación, un acontecimiento o una persona o idea. Se trata de repetir las palabras y pensamientos, subrayar las palabras e ideas más importantes expresadas para verificar si lo que oyó era así y para que el otro vea su interés y escucha.

Padre: Déjame ver si te sigo: hoy en el cole tus amigos han propuesto quemar una papelería y tú te has negado. Ahora están enfadados contigo por eso...

- El **reflejo**: es la repetición de los sentimientos o la parte afectiva del mensaje. Es una forma de revelar los sentimientos del que habla sobre el tema que se está tratando. Para confirmar los sentimientos de su hijo puede decirle cómo se sentiría usted en esa situación: "Creo que yo también estaría triste si mis amigos no me hablaran..."

3. No interrumpa a su hijo mientras esté hablando.

Si queremos que nos escuchen sin interrumpir cuando estamos hablando, hay que empezar por escuchar nosotros primero. A todas las personas les gusta que les escuchen cuando están expresando sus sentimientos y opiniones.

Los cortes en la conversación pueden generar sentimientos negativos: "no me está escuchando", "sólo quiere acabar cuanto antes", "no le importa lo que tengo que decir". Son interpretadas como falta de respeto o de desinterés.

Es conveniente que cambiemos de estilo, escuchemos más lo que nos están tratando de decir y dando respuestas no verbales que denoten que estamos siguiendo su discurso y que lo entendemos.

4. Pregunte de forma adecuada. No interrogue.

Cuando preguntamos lo hacemos con el objetivo de obtener información, apoyo, para negociar o para tomar decisiones. Sin embargo, preguntar puede llevar a malentendidos. Una pregunta puede tener un efecto muy positivo y hacer que su hijo se ponga a hablar, pero una pregunta mal planteada puede parecer el comienzo de un interrogatorio y provocar que se detenga la comunicación.

Preguntas abiertas como: ¿Qué has hecho hoy? ¿Cómo te encuentras? Ayudan a iniciar el diálogo. Pareces cansado ¿cómo ha ido el colegio?

Otro tipo de preguntas que ayudan a obtener información, a continuar el diálogo son las **preguntas directas**, que sirven para obtener más información acerca de lo que se está hablando: ¿cómo se llama ese profesor? ¿Qué día salís de excursión?

Algunas personas consideran las preguntas como una especie de indagación, un intento de escudriñar en su intimidad. Hay que recordar que la intimidad de sus hijos es muy importante, sobre todo en ciertas edades.

Otra forma de realizar preguntas es utilizar los ¿por qué?. Este tipo de preguntas suele poner a la defensiva a aquellas personas a las que van dirigidas: ¿por qué viniste tan tarde?, ¿por qué miras la tele todavía? ¿por qué vas a salir ahora?. Los por qué suelen entrañar, algunas veces, desconfianza e incluso sospecha.

Reformulación de los por qué:

“¿Existe algún problema que te impide llegar a casa a la hora? Si es así, podemos discutirlo”.

¿Podrías explicarme a qué se debe que no quieras hacer los deberes?

5. Elija el momento oportuno

Muchas veces no se da importancia a esto y se dicen cosas sin tener en cuenta la capacidad de escucha del otro o sin fijarse en si es un buen momento para mantener una conversación.

Si pretende decir a su hijo que le gustaría que recogiese las cosas de su habitación, no espere a que esté viendo sus dibujos favoritos para comunicárselo, probablemente le dará cualquier excusa y la tarea quedará sin hacer. Tampoco es adecuado que suelte un sermón delante de sus amigos ya que si petición caerá como una bomba y se verá fuera de lugar. Si no elige el momento oportuno no logrará sus objetivos ni será escuchado con atención.

Anexo 3.7. Mejoremos la comunicación: el lenguaje especial de la estimulación positiva.

- *Frases que demuestran confianza:*

- Porque te conozco, estoy seguro de que lo harás bien
- Tú lo lograrás
- Tengo confianza en ti
- Es difícil pero estoy seguro de que lo conseguirás
- Lo resolverás

- *Frases que reconocen el esfuerzo y el progreso:*

- Parece que has trabajado duro en eso
- Veo que estás avanzando
- Mira qué progresos has hecho... (sea específico, diga cómo)
- Puede que sientas que no has alcanzado la meta, pero ¡mira cuán lejos has llegado!

- *Frases que demuestran aceptación:*

- Me gusta la manera en que haces esto.
- Me gusta cómo enfrentaste el problema
- Me alegra que estés haciendo esto

□ *Cuando un hijo acude a nosotros con un problema aconsejamos seguir los siguientes pasos que MEJORAN LA COMUNICACIÓN y potenciar su AUTOCONFIANZA:*

- Escuche reflexivamente para comprender y clarificar los sentimientos de su hijo. Hay que proponerse escuchar activamente. Hay que saber escuchar para que los hijos hablen...

- Explore alternativas a través del torbellino de ideas: *si estás interesado en llevarte mejor con tu maestra ¿cuáles son algunas cosas que pudieras hacer? Obtenga del niño tantas ideas como sea posible.*

- Ayúdelo a escoger una solución: *ayúdelo a evaluar varias posibilidades ¿Cuál crees tú que sea la mejor?*

- Discuta los probables resultados de la decisión: *¿qué crees tú que sucederá si haces eso?*
 - Obtenga un compromiso: *¿qué has decidido hacer? ¿Cuándo vas a hacer eso?*
 - Planifique un tiempo de evaluación: *¿durante cuánto tiempo harás esto? ¿Cuándo quieres que volvamos a discutir esto?*
- Cuando hable con sus hijos es conveniente pensar en términos de “mensajes-TÚ” y “mensajes-YO”. El mensaje-TÚ acusa, conlleva críticas al niño. Sugiere que él es culpable. Es simplemente un ataque verbal. Es irrespetuoso. El mensaje-YO, en contraste, simplemente describe cómo se siente usted frente al comportamiento del niño. El mensaje-YO se centra en usted y no en el niño; *informa de lo que usted siente; no acusa.*

Un **MENSAJE-YO** se construye siguiendo estos pasos:

1. Describa el comportamiento que interfiere con usted (simplemente describa, NO acuse): *“Cuando no me dices la verdad...”*
2. Explique sus sentimientos con respecto a las consecuencias que el comportamiento le produzca: *...me pongo triste...*
3. Establezca la consecuencia: *...porque parece que no confíes en mí”*

Para contribuir al desarrollo de un buen autoconcepto y autoestima es necesario...

<p>ELOGIAR la conducta NORMAL. DESTACAR la conducta EXCEPCIONAL. IGNORAR pequeñas desviaciones o ERRORES. CORREGIR y CASTIGAR desviaciones mayores y CONDUCTAS de DAÑO o PERJUICIO GRAVE</p>
--



Universitat Ramon Llull

Aquesta Tesi Doctoral ha estat defensada el dia ____ d _____ de 2011

al Centre _____

de la Universitat Ramon Llull

davant el Tribunal format pels Doctors sotasignants, havent obtingut la qualificació:

President/a

Vocal

Secretari/ària

Doctorand/a
